Colección de Sistematización de Buenas Prácticas



SISTEMATIZACIÓN

Fundación Jóvenes Tlatilco

Programa de Atención Integral para Mujeres Embarazadas, Madres e Infantes en Riesgo de Vivir en Calle y Poblaciones Callejeras con Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas, ITS y VIH











Fundación Jóvenes Tlatilco

Programa de Atención Integral para Mujeres Embarazadas, Madres e Infantes en Riesgo de Vivir en Calle y Poblaciones Callejeras con Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas, ITS y VIH

La presente publicación es parte de la estrategia de generación de conocimiento del programa Juntos para la Prevención de la Violencia (JPV) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en México. USAID contribuye al fortalecimiento de los sistemas locales de prevención integrados por actores del sector público y privado, organizaciones de la sociedad civil y académicos, en su capacidad para diseñar, implementar y evaluar políticas y prácticas de prevención de la violencia.

USAID ha consolidado un conjunto de “Colecciones” consistentes en herramientas, manuales, sistematizaciones, evaluaciones y guías con el objetivo de fortalecer las capacidades de los sistemas locales para atender el problema de la violencia y delincuencia en el corto, mediano y largo plazo, asegurando que la gestión del conocimiento y la evidencia sean generadas continuamente y trasciendan el período de ejecución del programa de USAID.

“Esta serie de documentos es posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su contenido es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.”

Créditos

Diseño Gráfico:
Jocelyn Castañeda

Noviembre, 2018

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

La Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación (SEGOB) y el Programa Juntos para la Prevención de la Violencia (JPV) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en su afán por reconocer los modelos de prevención social de la violencia y la delincuencia basados en evidencia que puedan fortalecerse, difundirse y replicarse y, en cumplimiento con los objetivos del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y Delincuencia (PNPSVD), lanzaron en 2017 la *Convocatoria para la Sistematización, Fortalecimiento y Difusión de Buenas Prácticas SEGOB – USAID.*

Dicha *Convocatoria* tuvo como objetivo identificar un conjunto de prácticas de prevención social de la violencia y la delincuencia, para que, a partir de su sistematización y fortalecimiento, se facilite su replicabilidad en otras poblaciones, municipios y estados afectados por la violencia y la delincuencia en México, agilizando así su diseño, implementación, estandarización e institucionalización. Fueron recibidos 71 proyectos, de los cuales 54 cumplieron con todos los requisitos y cinco se clasificaron como finalistas.

En este marco, ambas instituciones tienen el agrado de presentar el **Programa de Atención Integral para Mujeres Embarazadas, Madres e Infantes en Riesgo de Vivir en Calle y Poblaciones Callejeras con Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas, ITS y VIH**, operado por Fundación Jóvenes Tlatilco que se desarrolla en la Colonia Tlatilco, Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México, el cual, de acuerdo a la evaluación de un comité externo compuesto por especialistas de diversos sectores (público, empresarial, social, académico e internacional) en la materia, fue declarado como una **práctica emergente**, pues aunque tenga resultados satisfactorios en lo que se refiere a la prevención de las adicciones y que pueden ser adaptados al enfoque de prevención social de la violencia, todavía no presenta evidencias que comprueben su efectividad en este campo.

La sistematización de esta práctica cuenta con un enfoque orientado al desarrollo efectivo de competencias, así como al fortalecimiento de capacidades de los operadores y de diferentes actores públicos y sociales con apoyo en referentes conceptuales sobre sus supuestos de cambio sobre los beneficiarios.

El proceso de sistematización se realizó en tres etapas. La primera etapa fue el análisis documental, en la que se revisaron los elementos teóricos y metodológicos del modelo implementado, incluyendo su sistema de planificación, monitoreo y evaluación. La segunda, fueron las entrevistas en profundidad con implementadores, beneficiarios (actuales y egresos) y aliados, en la que se buscaba profundizar el proceso de implementación, a fin de resaltar las lecciones aprendidas y los principales resultados alcanzados por la práctica. La tercera fue el proceso de validación, en la que se dio a conocer el resultado de la sistematización a la organización implementadora.

La identificación y el análisis de la ruta de procesos de planeación, implementación y monitoreo de esta práctica permitirán al lector encontrar elementos de éxito y factores obstaculizadores orientados a generar lecciones que permitan la réplica de este programa en distintos contextos.

El conocimiento generado apoyará sustancialmente a los implementadores de la práctica, a los tomadores de decisiones que trabajan con grupos de beneficiarios similares y a todos los interesados en trabajar, en México y en otras latitudes, con enfoques y modelos de prevención social de violencia y delincuencia.

PREFACIO

Programa de Atención Integral para Mujeres Embarazadas, Madres e Infantes en Riesgo de Vivir en Calle y Poblaciones Callejeras con Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas e ITS y VIH

A través de este programa, Jóvenes Tlatilco A.C. desarrolla una intervención de prevención social de la violencia dirigida de manera específica a mujeres adolescentes y jóvenes, generalmente de baja escolaridad y en situación de pobreza, canalizadas desde instituciones de apoyo social, tales como Casa Alianza, Pro Niños de la Calle, Casa de las Mercedes o incluso del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en la Ciudad de México.

A partir de un conocimiento profundo de la realidad de las poblaciones en situación de calle, el programa se enfoca en atender a grupos sociales de mujeres con problemas complejos; caracterizados por la presencia de múltiples factores de riesgo como son el abandono familiar y social, la pobreza extrema, la delincuencia, las adicciones y el embarazo temprano, entre otros. Las beneficiarias comparten la voluntad de rehabilitarse como condición previa a la reinserción productiva en la sociedad. Este programa destaca además por ser uno de los pocos orientados a la atención integral para poblaciones muy poco atendidas, tanto en la Ciudad de México, como en otras ciudades del país.

El valor de este proyecto puede reconocerse tanto en la sensibilidad de sus fundadores y benefactores por atender a esta población, como en el dedicado grupo de profesionales que ofrecen una ayuda efectiva a mujeres jóvenes en situación de calle, de manera segura, empática y comprehensiva. El trabajo realizado por su fundador y por el equipo de trabajo, está alineado a los objetivos del Programa Nacional para la Prevención de la Violencia y Delincuencia (PNPSVD) y denota un gran esfuerzo

y motivación, en parte debido a la historia personal de cada uno de ellos, quienes asumen con vocación la misión de rescatar vidas que se encuentran en condiciones complejas de vulnerabilidad y riesgo.

No obstante, el resultado obtenido a partir de la evaluación de buenas prácticas, que califica a esta experiencia como una "*práctica emergente*". Jóvenes Tlatilco A.C. representa un trabajo indispensable e impostergable, dirigido a las poblaciones más vulnerables de nuestras ciudades. El esfuerzo que realizan merece un amplio reconocimiento social y nos obliga a ser conscientes de que estas organizaciones requieren de apoyos técnicos y económicos mayores, con los cuales podrán mejorar sus servicios y sus resultados.

El hecho de que no obtengan un puntaje alto en los rubros evaluados de buenas prácticas debe alertar la gran necesidad de que organizaciones como ésta puedan ser apoyadas, fortalecidas y respaldadas por los sectores público y privado. En esa medida podrán avanzar. Son espontáneos y reflejan la situación del país, en donde la mayoría de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) responden a los retos de la mejor manera posible, pero operan con recursos limitados y con una gran pasión y vocación de servicio.

Destacan los logros obtenidos por sus participantes, quienes abandonan adicciones al alcohol, al tabaco y a las drogas, adoptan estilos de vida saludables, desarrollan habilidades para la reinserción social y mejoran su capacidad de establecer relaciones sanas con sus familias, pareja y amigos. Los testimonios son inspiradores y demuestran que se puede sacar a las personas de situaciones de alto riesgo e incorporarlos a la sociedad.

Estas organizaciones no pueden seguir operando solas. Las autoridades y el sector privado deben de buscar los mecanismos para apoyarlas para que continúen su loable labor de rescate de las personas en situación de calle, aquellos a quienes el mundo parece haber olvidado.

Arturo Cervantes Trejo
Isaac Deneb Castañeda Alcántara

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento recoge la experiencia del Programa de Atención Integral para Mujeres Embarazadas, Madres e Infantes en Riesgo de Vivir en Calle y Poblaciones Callejeras con Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas, ITS y VIH, en adelante FJT-F, y expone sus características generales, metas, objetivos y su marco de trabajo. El FJT-F es un modelo de intervención de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia (PSVD) orientada a la rehabilitación y reinserción social de mujeres (adolescentes, jóvenes y adultas) en situación de vulnerabilidad por abandono social o condición de calle y por el uso, abuso o dependencia del alcohol u otras drogas, lo que incrementa los riesgos de ser víctimas de violencia y, en algunos casos, de involucrarse en actividades delictivas.

El Centro Especializado contra las Adicciones Fundación Jóvenes Tlatilco A.C. Femenil es la organización que diseño el FJT-F, el cual comenzó a operar a partir del 2010. El FJT-F está diseñado bajo un esquema residencial de ayuda mutua con un modelo de comunidad terapéutica que se ejecuta a través de la consejería especializada en adicciones, el programa de recuperación de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (12pasos-AA), la psicoterapia individual y grupal, la terapia espiritual, la recuperación física, el acompañamiento para la reinserción social (familiar, académica, laboral) y el apoyo psicoeducativo a los familiares. De igual forma, el FJT-F brinda alimentación, estancia y atención integral a necesidades básicas para mujeres adolescentes (12 a 17 años), jóvenes (18 a 29 años) y mujeres de 30 años en adelante que son dependientes a una o varias sustancias psicoactivas, pero que tienen la iniciativa de eliminar estas adicciones. Una de las razones que hacen relevante este modelo es que se ha constituido en alternativa para un sector de población que es comúnmente desatendido por la mayoría de las instituciones. Estos sectores poblacionales incluyen a las mujeres en situación de pobreza, embarazadas, que viven en la calle o que tienen VIH.

Es importante mencionar que este análisis no es una evaluación, sino que se busca recalcar la sistematización de prácticas y los hallazgos que favorecen o dificultan los procesos del proyecto y no en la valoración de tales esfuerzos. Asimismo, se enfatizan los componentes que constituyen el programa, de manera que sea posible apreciar su relación con los estándares de trabajo en materia de PSVD vigentes en las políticas públicas del gobierno federal.

La Fundación Jóvenes Tlatilco A.C. nace de la experiencia personal de su actual director, Antonio Segura González, quien vivió un proceso de rehabilitación luego de haber permanecido un tiempo en condición de calle.

El papel que el grupo "Jóvenes Héroes" jugó en su recuperación lo ha impulsado por más de una década a fundar diversos grupos AA. En 2008, Jóvenes Héroes queda a cargo del centro "Volviendo a Vivir" (ubicado en la colonia Tlatilco, Azcapotzalco, Ciudad de México). Para 2010, dicho ente decide convertirse en una asociación civil, dando origen a la actual Fundación Jóvenes Tlatilco. Hoy en día, el FJT atiende a la población femenina y masculina bajo el esquema residencial en la modalidad de apoyo mutuo con base en el Programa 12 pasos-AA.

Consecuentemente, el equipo de Fundación Jóvenes Tlatilco empezó a profesionalizarse en la consejería especializada en adicciones a través de la vinculación con el Instituto de Atención y Prevención en Adicciones (IAPA) del gobierno de la Ciudad de México. Actualmente, el equipo se ha reforzado con la integración de otros profesionales: psicólogas, psiquiatra, médico, preparador físico y nutrióloga. Juntos comparten la misión de "ayudar a las personas que sufren por abandono, indigencia o adicciones, así como a personas de escasos recursos, etnias, grupos vulnerables y en general a todo aquel que debido a la ruptura de lazos familiares sociales o laborales se encuentre siendo objeto de abusos, maltrato o explotación". (Fundación Jóvenes Tlatilco A.C., 2016, s.p.).

Por el mismo lado, la visión institucional de Jóvenes Tlatilco es convertirse en un referente en torno a la atención y el tratamiento de adicciones a través de un modelo de atención multidisciplinario de calidad.

El programa FJT-F busca la disminución de los porcentajes, de adolescentes, jóvenes y mujeres, embarazadas o con hijos, que sufren de abandono social, la situación de calle y el trastorno por uso de sustancias mediante su rehabilitación y reinserción social. Este esfuerzo busca contribuir con la prevención social de la violencia y la delincuencia. El modelo se desarrolla con base en una intervención integral orientado a fortalecer en las mujeres, sus familiares o personas significativas. Se buscan permear los factores de protección que les permitan volver a tomar el control de su vida, mejorar la calidad de ésta y alejarse de las situaciones de violencia y delincuencia. El programa FJT-F es una práctica de prevención psicosocial de nivel terciario que atiende en promedio 67 mujeres por año, en un proceso de cuatro etapas: Ingreso; Rehabilitación; Reinserción social y Prevención de recaídas. Estos procesos se llevan a cabo en tres meses de internamiento, otros tres de estancia residencial en transición a la reinserción social y un año de seguimiento cercano para reducir el riesgo de las recaídas. El programa FJT-F es un modelo en constante revisión y adecuación a las características de una problemática vigente y compleja: la información recogida en este trabajo de sistematización muestra que se enfrenta al reto de atender a personas que forman parte de las poblaciones callejeras desde su nacimiento.

A continuación, se presentan los principales componentes de este modelo. Se inicia con el marco conceptual que fundamenta el programa. Luego se describe el perfil de la población atendida y su problemática. Inmediatamente, se presenta el modelo de intervención y, por último, se desglosan los principales logros alcanzados, las dificultades y los aprendizajes del programa FJT-F.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Las múltiples violencias que afectan a las mujeres en condición de abandono social o integrantes de las poblaciones callejeras

Para hablar de las múltiples violencias que afectan a las mujeres que viven en situación de calle, debe señalarse que todas ellas comparten, entre sí y con los hombres en la misma situación, una vulneración integral a sus derechos humanos. La manifestación más evidente de esta violencia estructural es la pobreza, entendida como una privación de recursos materiales, sociales y culturales. Sin embargo, las relaciones sociales actuales han incentivado que estas privaciones sean motivo para vivir situaciones de violencia de género hacia las mujeres en forma de explotación, prostitución, maltrato físico, psicológico, sexual y mayor control de parte de sus familiares, parejas o amigos varones (que las usan como medio para conseguir dinero, reconocimiento social y placer).

> "Ser mujer en calle es estar expuesta a la multidimensionalidad de la exclusión y la pobreza, visible como objeto de la violencia y silenciada en los temores y anhelos que le son propios: Desde la intimidad menstrual, la maternidad interrumpida por carencia de seguridades, a la indisponibilidad sensual; las mujeres en calle cargan con sus cuerpos y sus historias atropelladas, patologizadas. Marcadas en el corazón y en los brazos, desplazándose y articulando afectos, apoyos, esperanzas" (Lagos, 2017, s.p.).

A diferencia de los hombres, las violencias que experimentan las mujeres en situación de calle siempre pasan por el uso del cuerpo como objeto sexual y están determinadas por la sujeción que se intercambia por protección y se refuerzan a través de una intensa estigmatización. Esto se valida tanto para el que juega el papel de familiar, compañero de vida o pareja, como para el ajeno (policía, cliente, delincuente o quien busca control de territorio). Estos contextos pueden conllevar a la farmacodependencia, la violencia e incluso la delincuencia, porque, en general, la situación de la mujer en calle contradice los estereotipos de la "buena mujer".

Ella ha convertido el espacio público en su espacio privado; juega en la calle los roles reproductivos (cuidado de los otros) y productivos; desempeñando oficios que transgreden los mandatos de género y, al mismo, tomando el papel de víctima y victimaria en una lucha continua de sobrevivencia. Por ello, aún en los procesos de rehabilitación de las adicciones, ellas contarán con menos redes de apoyo.

La vulnerabilidad de las mujeres[1] en situación de calle, producto de las desigualdades de género, se incrementa cuando además hay otros factores como la pertenencia étnica (mujeres indígenas o afromestizas), el consumo de alcohol o drogas, alguna discapacidad, la presencia de hijos, embarazo y/o VIH-SIDA. Cada uno de estos factores contradice los estereotipos de género y, cuando más de uno se juntan en una misma mujer, los grados de exclusión son tan altos que pueden inhibir su capacidad de buscar alternativas de vida digna, incrementar su consumo de sustancias psicoactivas, deteriorar rápidamente su estado físico y mental, o involucrarla en la comisión de delitos.

2.2 Alcoholismo y farmacodependencia: factores de riesgo para la violencia y delincuencia

La relación entre el consumo de sustancias psicoactivas como factor de riesgo para el desarrollo de conductas violentas y de comisión de delitos está cada vez más documentada por investigaciones empíricas en México y América Latina[2]. Se entiende por factores de riesgo las características o situaciones que aumentan la probabilidad de que una persona se involucre en la violencia y la delincuencia. Por contrapartida, los factores de protección son las características o situaciones que disminuyen la probabilidad de que la persona se involucre en actos violentos o de delincuencia. Ambos tipos de factores se clasifican según su contexto de manifestación: individual, relacional, comunitario y social (USAID, 2015b).

No obstante, el consumo de drogas, por sí mismo, no produce la comisión de delitos. La violencia y la delincuencia son fenómenos multicausales asociados a factores biológicos y conductuales que se ligan a los factores relacionales que marcan pautas de aprendizaje en la interacción con la familia y los grupos de pertenencia y a los factores contextuales (económicos, sociales, ambientales y culturales). Estas situaciones influyen en las oportunidades de desarrollo, las cuales no favorecen a las mujeres al mismo nivel que a los hombres.

[1] Más aún de las niñas y adolescentes.

[2] En la investigación sobre la situación de los adolescentes en conflicto con la ley en algunas entidades de la República Mexicana se reporta que, de los 278 adolescentes que representan al 70% del total de los internos, "[el] 44% señaló que consumía alcohol con frecuencia antes de ingresar al centro de internamiento, y 57% dijo que había consumido drogas, algunos con mayor frecuencia que otros. [El] 52% dijo haber consumido marihuana; 26% cocaína; 19% solventes y 18% crack o piedra. [El] 20% consumía de manera frecuente diversos tipos de sustancias: mariguana, cocaína, crack, piedra, cristal, solventes, hongos, pastillas y/o heroína. [El] 60% de los adolescentes que consumían drogas lo hacía diariamente" (Azaola, 2014, p. 9).

Esta brecha es afirmada por varios expertos en el enfoque de PSVD[3]:

De acuerdo con Estrada Rodríguez & Muñoz Munguía (2015), los factores de riesgo que están asociados al consumo de sustancias psicoactivas tienen incidencia en las conductas violentas, o incluso delictivas, son:

- Los problemas de salud mental (depresión, ansiedad, psicosis).
- Las historias de maltrato infantil y de abuso sexual.
- El rezago y/o la deserción escolar.
- Tener padres, familiares o amigos usuarios de sustancias psicoactivas.
- Vivir en contextos con tolerancia al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- La disponibilidad de éstas en el entorno inmediato, por las actividades productivas de la comunidad, ya sean lícitas (p.e. los inhalantes de uso industrial como el PVC y el thiner) o ilícitas (p.e. el narcomenudeo).
- La falta de empleo, el hacinamiento, la desintegración familiar y la falta de oportunidades de desarrollo personal.
- El abandono de casa y alejamiento de la familia, sobre todo en los casos de violencia intrafamiliar o abuso sexual y el inicio de la vida en la calle.
- La exposición a pandillas, grupos de adictos y delincuentes, con quienes ya sea por construcción de procesos de pertenencia o por coerción, influyen en las decisiones y modifican los comportamientos de las personas en riesgo.

Como se verá más adelante, las mujeres, en su mayoría adolescentes y jóvenes, que buscaron participar en el programa FJT-F tienen una dependencia a una o varias sustancias, relaciones violentas y violencia hacia sí mismas, como resultado de una combinación de varios de los factores de riesgo mencionados. En algunos casos, han llegado a involucrarse en actos delictivos. Aún en estas condiciones complejas, las mujeres encuentran en la FJT-F medios suficientes para su rehabilitación y reinserción social.

[3] "El sujeto en relación con su familia, vecinos, amigos, grupo de pares, las condiciones laborales, los servicios e infraestructura públicos, la organización social, la cultura y la ideología pueden llegar a convertirse en determinantes para el surgimiento de la violencia o, bien, establecer mutuas influencias y sinergias con el mismo fin" (USAID, 2015a, p. 22).

2.3 Rehabilitación y reinserción social de mujeres en condición de abandono social o integrantes de poblaciones callejeras, que presentan abuso o dependencia de sustancias psicoactivas: camino para la prevención de la violencia y la delincuencia

El programa FJT-F tiene como objetivos:

- Conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas.
- Reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias.
- Abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Para lograrlo, el programa FJT-F se desenvolverá en un acercamiento de la salud pública que busca que las mujeres, que deciden libremente rehabilitarse, tomen conciencia de los factores de riesgo que influyen en su caso y trabajen en el fortalecimiento de los factores de protección que las alejen del uso, abuso y dependencia del alcohol y otras drogas[4].

Desde este marco, el enfoque de programa FJT-F se desarrolla como una estrategia de prevención psicosocial[5] en un nivel de atención terciaria. Este tipo de atención se desarrolla en acciones dirigidas a personas qque sufran de enfermedad, misma que busca mitigarse mediante el tratamiento y la rehabilitación. En el caso de la prevención de la violencia, la atención terciaria va dirigida a personas que son agresores o víctimas de la violencia, buscando que la prevención de la reincidencia se aplique con estrategias de rehabilitación, tratamiento psicológico y reinserción social, entre otras (USAID, 2015b).

[4] "La dependencia a sustancias psicoactivas, constituye el síndrome característico que define la aparición de una enfermedad y representa el final de un proceso que se inicia con el consumo experimental, suscitado por diferentes causas como la curiosidad, la presión de grupo o la búsqueda de sensaciones; continuando con un consumo social, originado más por las motivaciones y el refuerzo positivo que proporcionan las drogas; y avanzando hasta el abuso, fase previa a la aparición de la tolerancia y dependencia" (CONADIC, CENADIC, CICAD y OEA, 2013, p. 25).

[5] Se entiende por prevención psicosocial: "[…la que] tiene por objetivo incidir en el individuo y su capacidad para desarrollar habilidades que le permitan enfrentar entornos violentos y delictivos. La prevención social, desde un enfoque ecológico, identifica a la salud de la persona en los ámbitos físico, psicológico y social. Así, considera como primer nivel de atención el bienestar integral de la persona para permitir una mejor interacción con su comunidad y con la sociedad. Esta definición integra la dimensión social en el concepto de salud y da cuenta de la evolución de un enfoque centrado en intervenciones exclusivas en la persona "enferma" a un enfoque social-comunitario que considera la interacción de la persona con su entorno" (USAID, 2015b, p. 51).

En concordancia con el enfoque biopsicosocial, el programa FJT-F busca mejorar la situación de la mujer en relación con el abuso o dependencia de una o varias drogas. Para ello, interviene tanto a nivel individual como grupal, tomando en cuenta los siguientes componentes:

- Biológico: Ocupándose del restablecimiento del estado de salud física o, en su caso, del tratamiento de enfermedades crónicas.
- Cognitivo: Orientado al conocimiento y la comprensión del proceso salud-enfermedad, de las consecuencias que la dependencia le acarrea, al análisis de las diferentes dimensiones del problema que está viviendo y de las alternativas de solución, al desarrollo del pensamiento abstracto y concreto, reflexivo, crítico, creativo y su aplicación para el diseño del plan de vida y, finalmente, al fortalecimiento de su autonomía y su capacidad de tomar decisiones.
- Emocional: Dirigido a la contención, el manejo de crisis, la tolerancia a la frustración, el tratamiento de ansiedad, depresión, neurosis y el mejoramiento de la autoestima.
- Conductual: Orientado al restablecimiento de relaciones armoniosas y sin violencia, a darse y otorgar perdón y a desarrollar estilos de vida saludables, hábitos y límites.
- Social: Dedicado a la preparación académica, a la capacitación laboral, a la socialización positiva, a la construcción de nuevas redes de apoyo y el manejo adecuado del ocio y el tiempo libre.
- Espiritual: Orientado a la vivencia de las virtudes y valores universales, a la recuperación del sentido de vida y de la experiencia de trascendencia.

Estos componentes se van abordando de manera articulada a través de las diferentes terapias que se despliegan como actividades del programa, las cuales serán detalladas más adelante. A su vez, el programa FJT-F actúa sobre los factores de riesgo en el ámbito relacional-familiar, realizando intervenciones terapéuticas y psicoeducativas con las familias de las mujeres o bien con las personas significativas para ellas.



3. JUSTIFICACIÓN, INFORMACIÓN DE CONTEXTO Y DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO

3.1. Perfil y problemática de la población atendida: mujeres en situación de calle con trastorno por uso de sustancias psicoactivas

El programa FJT-F se ha especializado en la atención de mujeres principalmente en situación de calle que son referidas a la FJT por instituciones como Casa Alianza, Pro Niños de la Calle, Casa de las Mercedes o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en la Ciudad de México (DIF)[6]. En su mayoría, el programa FJT-F trata a adolescentes y jóvenes con escolaridad promedio del cuarto grado de primaria. Este segmento poblacional es muy vulnerable y, en su mayoría, no cuenta con el apoyo inmediato de sus familiares. En varias instancias, estas adolescentes recurren al consumo de sustancias nocivas o llegan a prostituirse.

Tabla 1. Población atendida FJT-F 2014-2017

Año	2014	2015	2016	2017
Total de mujeres atendidas	87	60	72	46
Adolescentes (12-17 años)	35	28	30	9
Jóvenes (18-29 años)	9	25	30	29
% de adolescentes y jóvenes	48	88	83	83
Adultas (30 años en adelante)	21	7	12	8
Sin datos	12	0	0	0

Fuente: elaboración propia a partir de la Base de Datos de Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil 2018.

La mayoría de estas mujeres tiene al menos un hijo, aunque generalmente no están a su cargo, sino que se quedan con algún familiar o están a cargo del DIF. Cuando sí están con ellas, se encuentran integrados a las poblaciones callejeras.

[6] Es el órgano rector de las políticas de asistencia social en la entidad.

Generalmente mantienen relaciones de pareja que suelen ser muy inestables. Su pareja o persona significativa tiende a ser alguien que se encuentra en la misma situación, es decir, comparte la vida en calle o también es consumidor de sustancias. Es muy frecuente que no usen ningún método anticonceptivo y tampoco se protejan para evitar el contagio de ITS o VIH:

> "La mayoría llega y refiere no saber si está embarazada; dicen: 'tengo un retraso, no me cuidé el último mes". (…) Tampoco saben si tienen una enfermedad de transmisión sexual, no saben qué es lo que les está pasando, entonces llegan aquí y esto lo empiezan a referir a los tres o cuatro días, cuando empiezan a recordar todo lo que pasó en este tiempo de consumo."[7]

Algunas de las mujeres atendidas forman parte de las poblaciones callejeras prácticamente desde su nacimiento. Sólo han tenido la experiencia de vivir en calle. En el momento en el que llegan a ser atendidas por el FJT, las mujeres no pueden convivir en la sociedad, incluso les cuesta trabajo habituarse a la intimidad que dan las paredes y las puertas, cumplir con horarios, realizar labores domésticas y cuidarse a sí mismas. Son grados de exclusión muy altos que producen resistencia importante a vencer para un proceso de rehabilitación y reinserción social:

> "(…) me tocó una chica, que toda su familia es de esta brecha generacional que ha estado en calle. Entonces ella me contaba: 'yo llegaba a casa'- y yo le preguntaba ¿cómo es tu casa? – 'Ah no, son las casitas que quitaron de Hidalgo, entonces teníamos cortinas y luego cuando ibas al baño' – '¿y cómo es el baño?' – 'No, no tiene cortinas, es un espacio que ya todos saben que es para hacer del baño'. Me decía: 'hay amigas que me han dado permiso de llegar a su casa, pero me aburro'. – '¿y por qué te aburres?' – '¡Ah! Porque te tienes que parar y hacer la cama y te tienes que sentar a desayunar con los que están ahí.' Y no están acostumbradas a eso que para nosotros en cierto modo es bonito, que un domingo me siento con mi familia y desayunamos todos, para ellas es aburrido. 'Yo me salgo y si quiero me compro una torta y rápido limpio unos coches y ya conseguí para un atole o si quiero me compro lo que yo quiera y a la hora que yo quiera; entonces preferí salirme y regresar otra vez con mi mamá y ella no me decía nada'."[8]

Este tipo de exclusión social se refleja también en una visión de futuro y sentido de vida muy de corto plazo, especialmente para aquellas mujeres que están viviendo en calle con sus hijos en condiciones muy precarias. Los niños que nacen en estas condiciones son consumidores pasivos. Es común que nazcan con síndrome de abstinencia, lo cual influye a que consuman sustancias a partir de los 7 años y regularicen su consumo a los 10 años. Las niñas de 12 o 13 años que llegan a FJT suelen tener una trayectoria larga de consumo, lo cual se refleja en un conjunto de daños orgánicos y mentales que deja secuelas graves en su desarrollo.

[7] L. Martínez, Entrevista colectiva, 2 de mayo 2018.
[8] L. Martínez, Entrevista colectiva, 2 de mayo 2018.

Estas experiencias normalizan la exclusión, la violencia y la comisión de actividades delictivas, como la venta de drogas que hacen sus madres para solventar su propio consumo. El consumo predominante de la población atendida por FJT es el alcohol y los inhalables. Ocasionalmente consumen cocaína y drogas sintéticas que, aunque las han probado, no son las sustancias que les causan su impacto. El precio influye en la elección:

> "Una dosis de los inhalables puede variar entre los 15 o 20 pesos que es lo que ellos pueden llegar a consumir, con ese les dura 4 o 5 horas. El alcohol igual, el litro vale 15 pesos".[9]

Principalmente, los inhalables tienen efectos muy dañinos sobre el sistema nervioso y pueden generar trastornos como la esquizofrenia o la psicosis aguda más rápidamente que en los casos de dependencia al alcohol o a la cocaína. Los problemas motrices y cognitivos también son generalizados y muy evidentes:

> "(…) en el kickboxing, yo las estiro, y todas parecen que están como engarrotadas; o sea, a pesar de que tienen 12 años, y deberían estar flexibles. Parece que son una rama que no se pueden ni doblar. Entonces pues es básicamente eso, pues se van secando las terminaciones nerviosas, los tendones y ya no pueden ni dar una patada como se debiera, porque no pueden ni alzar bien el pie. Les duele mucho el entrenamiento. Me dicen 'es que me están doliendo los pies' por ahí hay descalcificación. Eso en general y también en lo motriz, pues muchas veces son movimientos muy básicos y no los pueden coordinar, se les olvida, no saben pararse, no saben hacer los movimientos y se pierden; y aunque lo repitamos diez veces, las diez veces se vuelven a equivocar (…) es el primer indicio que tengo de que su cuerpo se está deteriorando, a pesar de que tengan doce años."[10]

Las mujeres que inicialmente no formaban parte de las poblaciones callejeras identifican que las principales razones que las llevan a la decisión de salir de casa son los episodios de violencia por no estar dispuestas a acatar las reglas, los conflictos con la pareja de la mamá, la violencia del padrastro y los abusos sexuales de algún integrante de la familia, incluido el padre biológico:

> "(…) pueden ser padres biológicos, pueden ser padrastros o incluso pueden ser tíos, primos, hermanos. Ahorita tengo un caso con una chica que se salió de su casa porque era abusada por su papá biológico. Desde los cuatro años fue abusada. Ella se sale entre los siete y ocho años. (…) es la hermana mayor, ella es la primera que se sale. De repente ve a su mamá, su mamá también es consumidora, sus hermanas son consumidores; pero ella desde esa ocasión que se salió, ella decía que se salió por este abuso, que ya no podía seguir permitiendo; que su mamá sabía y lo permitía. (…) ahora tiene 2 hijas, en este momento está embarazada y viene de un consumo reciente. Lo que vieron sus hermanas, es lo que replican; porque nos platica que sus hermanas son consumidoras también y ya están en calle todas".[11]

---

[9] E. Hernández, Entrevista colectiva, 2 de mayo 2018.

[10] U. Segura, Entrevista colectiva, 2 de mayo 2018.

[11] A. De Blas, Entrevista colectiva, 2 de mayo 2018.

Ante la identificación de patrones, el equipo de consejería, la madrina y las profesionales del programa FJT-F reflexionan sobre la problemática y comentan respecto de la incidencia que tiene el factor de género, no sólo por la violencia intrafamiliar como causa señalada, sino por la falta de una detección y tratamiento oportuno de los casos en que las mujeres usan y abusan de sustancias. Este tipo de actitudes son mal vistas por una cultura machista y para las familias, los cuales tienen problemas en aceptar que cualquiera de sus integrantes femeninos tiene un problema de alcoholismo o farmacodependencia. Este tipo de circunstancias estigmatizan y no ayuda a que las mujeres lo reconozcan, hasta que ya es un problema muy avanzado. Incluso, las familias tienden a esconder o a expulsar a sus mujeres que padecen este problema.

La estigmatización hacia las mujeres en situación de calle y con dependencia al consumo de sustancias influye en el comportamiento violento que algunas de estas desarrollan:

> "[la sociedad para ellas] es lugar de violaciones, de enfrentarse a gente que es muy agresiva, y cuando llegan aquí, cómo decirles controla tus impulsos, sé más tolerante, sé paciente, relaciónate bien con tus compañeras, sé solidaria, sé compañera. Si cuando para ellas el defenderse es normal, entonces para ellas es complicado (…) Pues ya las tachan como drogadictas, mariguanas, como piedrozas, monosas…esos son los títulos que les ponen".[12]

3.2 La problemática en el contexto actual donde se desarrolla la práctica

Los más recientes estudios muestran tendencias de crecimiento de las dos vertientes de la problemática que atiende el programa FJT-F. Las poblaciones callejeras han crecido en los últimos años, aunque esta información se empezó a documentar hasta el 2017 en la Ciudad de México a través del Censo de Poblaciones Callejeras 2017, la cual fue levantada por el Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS). Por otra parte, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017) señala que el mayor incremento proporcional de consumo de alcohol y drogas lo registró la población femenina entre 12 y 17 años, seguido por las mujeres de 18 a 34 años. Entonces, la primera constatación de relevancia es que hay consistencia entre las tendencias estadísticas y la dinámica observada por el programa FJT-F, es decir, las mujeres adolescentes y jóvenes son quienes representan la mayor parte de la población que está demandado la atención.

De acuerdo con los datos del Censo de Poblaciones Callejeras 2017, en la Ciudad de México hay 6,754 personas categorizadas como Poblaciones Callejeras, de las cuales el 12.73% son mujeres. El 65% del total de personas se encuentran en los espacios públicos de la Ciudad, mientras que el 1.9% del total son menores de edad.

[12] E. Zambrano, Entrevista colectiva, 2 de mayo 2018

El 38.6% no son originarias de la Ciudad de México, mientras que el 39% de las personas en situación de calle declaran que fueron los problemas familiares los que les orillaron a salir del hogar[13].

La totalidad de las personas encuestadas declararon consumir alguna sustancia: 39% alcohol y 29% drogas (entre las que predominan los inhalantes, 34%, y la marihuana, 27%). Sólo el 15% indicaron que participaron en un proceso de rehabilitación en adicciones. De igual forma, el 42% de las personas afirmaron que fueron víctimas de la violencia física, mientras que el 27% padece de violencia psicoemocional y el 11% violencia sexual. El 39.2% afirman que trabajan, pero sólo poco más de la mitad (67%) reciben pago monetario. En contraste, el 60% subsisten de la asistencia social, de pedir dinero y de la caridad.

Por su parte, la ENCODAT 2016-2017 muestra que son las mujeres de 12 a 17 años y los hombres de 18-29 años quienes presentan las prevalencias más altas en el consumo del alcohol. La amplia aceptación del consumo de esta sustancia llega hasta el 20% por parte de sus familias.[14]

El reporte sobre consumo de drogas de la ENCODAT 2016-2017 llama la atención sobre el hecho de que es en la población femenina, adolescente y joven la que ha registrado los mayores crecimientos proporcionales en el consumo. Asimismo, este sector ha percibido la mayor reducción de la edad de inicio del consumo, pasando de los 20.1 años (2011) a los 18.2 (2017). Otro dato relevante es que una de cada tres mujeres a las que se les ofrecen drogas las llegan a consumir (INPRFM, 2017b).

3.3 Factores de riesgo y factores de protección identificados en y para la población atendida

Tabla 2. Factores de riesgo y protección de la población atendida

Ámbito	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	• Déficit en el desarrollo de habilidades para la vida. • Déficit en el desarrollo de habilidades del pensamiento. • Experiencias de maltrato y/o de abuso sexual.	• Desarrollo de habilidades para la vida y habilidades del pensamiento. • Educación integral para el autocuidado con perspectiva de género (nutrición, salud física, sexual y mental; manejo del tiempo libre).

[13] Entre los tipos de problemas familiares mencionados destacan: 34% por expulsión del núcleo familiar; 33% por violencia; 24% por abandono y 7% por abuso sexual.

[14] La Encuesta deja constancia también de que "al igual que sucede con el consumo de drogas, se observa que las mujeres asisten menos a tratamiento y, cuando lo hacen, prefieren ir a terapias individuales, más que el uso de opciones grupales mixtas. Ante esto debemos analizar a profundidad y actuar en consecuencia sobre el estigma y hostigamiento que se presenta hacia ellas" (INPRFM, 2017a, p.79).

Ámbito	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	• Bajo nivel de escolaridad. • Rezago educativo y/o deserción escolar. • Iniciación sexual precoz. Embarazo temprano. • Disfunciones nutricionales. • Trastornos mentales: depresión, ansiedad y afectivo bipolar. • Falta de información adecuada sobre las sustancias psicoactivas y sus efectos. • Falta de información adecuada sobre sexualidad, prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. • Uso de sustancias psicoactivas por curiosidad y/o necesidad de pertenencia al grupo. • Ausencia de un proyecto de vida. • Déficit en el desarrollo moral. • Escaso desarrollo de habilidades productivas.	• Promoción de la resiliencia. • Uso de condón y planificación de embarazos. • Alimentación adecuada. Práctica de deportes. • Tratamiento psicológico de trastornos mentales. • Terapia psicológica. Apoyo académico. • Tratamiento para las ITS y VIH. Información sobre alcoholismo y dependencia a otras drogas. • Desarrollo de proyecto de vida. Desarrollo moral: capacidad empática, de juicio moral y de auto-regulación. • Capacitación laboral. • Fortalecimiento de la dimensión espiritual de la persona.
Relacional	• Violencia intrafamiliar. • Padres ausentes. • Problemas de comunicación entre madres e hijas. • Madre con dependencia del alcohol. • Vínculos familiares rotos o fragilizados. • Ambientes familiares desestructurados. • Familiares que consumen drogas. • Coerción de amigos y narcomenudistas para el consumo. • Pareja y/o amistades que consume sustancias psicoactivas. • La coerción de la pareja para el consumo y la prostitución. • Violencia en la relación de pareja.	• Educación para el desarrollo de competencias parentales positivas, para la equidad de género y la erradicación de la violencia intrafamiliar. • Terapia familiar. • Terapia de pareja. • Rehabilitación y/o prevención de adicciones en la familia y pareja. • Construcción de nuevas redes de apoyo.

Ámbito	Factores de riesgo	Factores de protección
Comunitario	• Tolerancia al consumo de alcohol y otras drogas. • Disponibilidad de sustancias: alcohol y drogas. • Presencia de pandillas. • La vida en condición de calle.	• Desnormalizar el consumo del alcohol y otras drogas. • Prevención de las adicciones. • Prevención social de la violencia y la delincuencia. • Reinserción social.
Social	• Estigmatización. • Discriminación. • Criminalización. • Violencia de género. • Pobreza extrema. • Trata de personas. • Presencia de bandas del crimen organizado.	• Cultura de la paz. • Políticas públicas de inclusión con enfoque de derechos, especialmente dirigidas a poblaciones callejeras. • Programas de rehabilitación integral y reinserción social con participación de las OSC. • Prevención de las adicciones. • Prevención social de la violencia y la delincuencia. • Políticas sociales redistributivas.

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas realizadas.

Cabe destacar que el programa FJT-F se orienta a la reducción de los factores de riesgo y al fortalecimiento de los factores de protección, específicamente en los niveles individual y relacional dada su naturaleza de centro especializado en el tratamiento de adicciones, que tiene como objetivo proveer medios para la rehabilitación y la reinserción social.



4. MODELO DE INTERVENCIÓN, HIPÓTESIS DE CAMBIO Y PASOS METODOLÓGICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

4.1 Características generales y principios de actuación

El programa FJT-F se propone conseguir que las mujeres:

- Que presentan abuso o dependencia de sustancias psicoactivas logren la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo.
- Que trabajen en la inhibición de los riesgos que contribuyeron a su problema y en la recuperación del mayor grado posible de bienestar físico, mental y social, tanto de ellas mismas como de sus hijos, y el mejoramiento de sus relaciones familiares.
- Que abandonen la situación de calle por ser un factor de riesgo importante para las adicciones y que desarrollen nuevas capacidades que les permitan reinsertarse a la sociedad exitosamente.

Para ello, se les ofrece un proceso de rehabilitación integral en modalidad residencial que opera bajo la premisa en que la adicción es una enfermedad multifactorial que requiere un tratamiento multidisciplinario. Este último debe atender la salud física, mental y espiritual a través de la abstinencia de las sustancias adictivas (CONADIC y otros, 2013).

Con esto en mente, el programa de FJT-F busca articular estos esfuerzos de tratamiento a través de una perspectiva que respete los derechos humanos y que sea participativo, que a su vez pueda fungir como una familia sustituta que que contribuya al aprendizaje y desarrollo de habilidades que les "permitan ser independientes en el futuro".[15]

[15] CBP17-18 46. F Jóvenes Tlatilco

Por sus características, se puede afirmar que es una acertada adecuación del modelo de Comunidad Terapéutica como una intervención "que colabora con las personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación, recuperación y/o restauración"[16] (Palacios, 2013, p.5).

El modelo Comunidad Terapéutica toma en cuenta los principios de reconocimiento a la dignidad humana, la igualdad de género, la responsabilidad compartida, el uso de roles-modelos para aprender de las personas más avanzadas, el uso de normas y valores compartidos para proteger la integridad física, emocional y psicológica y, finalmente, las relaciones sociales al interior de la comunidad como futura red de apoyo al exterior. Asimismo, garantiza los siguientes derechos para los ciudadanos:

i) Recibir información clara, veraz y completa respecto del programa, el tratamiento a seguir, los servicios que se le ofrecen, las normas a observar y las consecuencias de no observarlas.

ii) Con base en esta información, dar su consentimiento libre.

iii) Recibir tratamiento sin discriminación por razón alguna.

iv) Recibir tratamiento en un ambiente digno, libre de drogas y alcohol.

v) Ser protegidas de todo tipo de maltrato (físico, psicológico y sexual).

vi) Tener acceso a atención médica oportuna en caso de requerirla.

Comunidad Terapéutica se articula a través de la Consejería Especializada en Adicciones, el Programa de Recuperación de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (12 pasos-AA), la psicoterapia individual y grupal, la terapia espiritual, la recuperación física, el acompañamiento para la reinserción social (familiar, académica, laboral) y el apoyo psicoeducativo a los familiares. A través de estos métodos y técnicas terapéuticas, se brindan los medios para que las mujeres puedan controlar, inhibir o transformar los principales factores de riesgo que les afectan, lo cual favorece al desarrollo de los factores protectores en los ámbitos individual, relacional y comunitario.

4.2 Bases terapéuticas

Como se mencionó anteriormente, la comprensión de la problemática de las adicciones del programa FJT-F se construye desde una perspectiva biopsicosocial. Ello implica combinar las terapias farmacológicas y las terapias psicosociales.

[16] "La Comunidad Terapéutica basa la posibilidad de recuperación en el grupo o comunidad, son los propios usuarios los gestores conjuntos en el proceso de crecimiento y desarrollo personal, de cada uno de ellos. (…) los residentes tienen un papel fundamental, pues ellos son los movilizadores del cambio acompañados y guiados por los profesionales y técnicos; en sí mismo, el estilo relacional de la C.T. es el principal elemento terapéutico. En la dinámica de las interacciones se va a representar la conflictiva de cada persona y el problema que los reúne, así la forma de organización conocida como Comunidad Terapéutica contribuye a crear esas condiciones de interrelación que serán el campo de experimentación donde se hará posible la re y la habilitación, según sea el caso" (Palacios, 2013, p.5).

En la práctica del programa, el FJT-F se integra por dos tipos de terapias: la cognitivo-conductual y la terapia de facilitación de los 12 Pasos-AA. La terapia cognitivo-conductual se construye a partir de teorías conductuales, cognitivas y cognitivo- sociales. De manera muy resumida, puede decirse que este enfoque terapéutico conlleva a que se emita un reconocimiento de la prevalencia de "una relación recíproca entre los procesos cognitivos de las personas (lo que piensan), su afectividad (lo que sienten) y su conducta (lo que hacen)". (Llorente del Pozo & Iraurgi Castillo, 2008, p. 252).

Para el programa FJT-F es muy relevante esta base teórica porque fundamenta su modelo de prevención psicosocial en el nivel de atención terciaria, en la cual la terapia cognitivo-conductual es utilizada como estrategia para mejorar el autocontrol de los pacientes que:

> "(…) aprenden a identificar y corregir conductas problemáticas mediante la aplicación de varias destrezas que pueden usarse para interrumpir el abuso de drogas y abordar muchos otros problemas que suelen presentarse simultáneamente. (…) Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado, el auto-monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas. Un elemento central de este tratamiento es anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces" (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010, pp.50-51).

Por el otro lado, la terapia de facilitación de 12 Pasos[17] busca el compromiso activo de la persona que forma parte de un grupo de autoayuda que tiene como finalidad la recuperación de la persona. Como una línea conductora del proceso psicoterapéutico y del trabajo de la Consejería, el programa FJT-F emplea el Modelo Transteórico de Cambio de Conducta de Prochaska y Di Clemente, el cual consta en un proceso de rehabilitación de una persona con dependencia al alcohol o las drogas. En la mayoría de los casos, esta terapia no es lineal ya que tiene avances y retrocesos (recaídas y nuevos intentos).

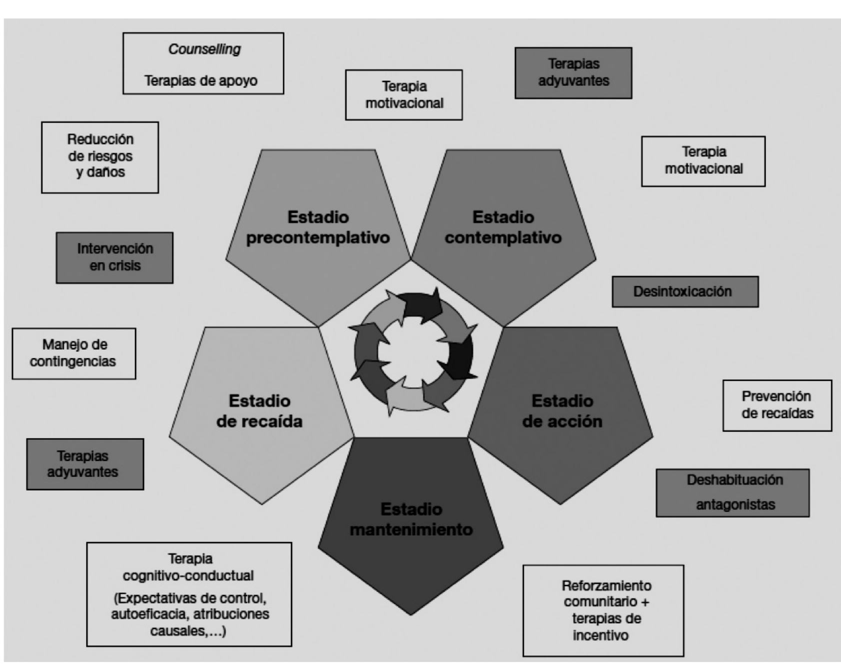
La explicación se basa en la identificación de al menos seis **etapas de cambio**, por los que la persona transita de acuerdo con la motivación y convencimiento de que puede y le conviene abandonar el consumo de la sustancia (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída).

[17] Esta terapia se fundamenta en tres aspectos clave: "la aceptación, que incluye la toma de conciencia de que la drogadicción es una enfermedad crónica progresiva que el adicto no puede controlar, que la vida se ha vuelto inmanejable a causa de las drogas, que la fuerza de voluntad por sí sola no basta para superar el problema y que la abstinencia es la única alternativa; la entrega, que implica someterse a un poder superior, aceptar la estructura de compañerismo y de apoyo de otros adictos en su recuperación y seguir las actividades de recuperación establecidas en el programa de 12 pasos; y la participación activa en las reuniones de 12 pasos y actividades afines"(NIDA, 2010, p.59).

En cada etapa, la persona va poniendo en marcha distintos **procesos de cambio** que le facilitan pasar a la siguiente etapa (aumento de conciencia, autoevaluación, autoliberación, contra-condicionamiento, control de estímulos, autogobierno, relaciones de ayuda, relieve dramático, revaluación ambiental y liberación social) y el tercer elemento son los **niveles de cambio** que orientan el tipo de intervención terapéutica adecuado para cada etapa que pudieran conllevar a abandonar la conducta adictiva (CONACE, 2004). Este proceso se esquematiza en la Figura I.

Este modelo del cambio de conducta es útil para la Consejería para poder reforzarla con herramientas en el diagnóstico integral de la paciente, identificando en qué etapa del cambio se encuentra y cuáles son los procesos de cambio que necesita realizar y a través de qué estrategias terapéuticas.

Figura 1. Modelo de cambio de conducta



Fuente: Llorente del Pozo & Iraurgi Castillo (2008, p.258).

4.3 Referentes normativos que orientan la intervención

A continuación, se mencionan las principales normas, protocolos, leyes y programas que son de obligada observancia para el Programa:

- *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009:* Esta norma aborda la prevención, tratamiento y control de las adicciones y se establecen los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones en el sector público, social y privado.

Asimismo, esta norma pone fundamentos sobre las actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

- *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998:* Esta norma establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.
- *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005:* Esta norma tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las personas usuarias de los servicios de salud en general y, en particular, a quienes se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.
- *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994:* Esta norma se estableció para la prestación de servicios de salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica. Asimismo, esta norma busca uniformar los criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios preventivos, curativos y de rehabilitación integral para proveer atención de forma continua e integral con calidad y calidez.
- *Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas en riesgo de vivir en calle e Integrantes de poblaciones callejeras en la Ciudad de México:* Este protocolo introduce, de manera objetiva, la cadena de responsabilidades en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de acciones para la atención integral a las personas en riesgo de vivir en la calle, integrantes de las poblaciones callejeras o en condición de integración social con plena observancia a sus derechos humanos.
- *Ley de Asistencia e Integración Social para el Distrito Federal:* Regula, promueve la protección, asistencia e integración social de las personas, familias o grupos que carecen de capacidad para su desarrollo autónomo o de los apoyos y condiciones para valerse por sí mismas.
- *Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal:* Establece en su Artículo 5° Fracción II que las personas usuarias de los servicios de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas tienen derecho a recibir tratamiento conforme a los principios médicos, científicamente aceptados y con pleno respeto a los derechos humanos.
- *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal:* Define las estrategias, acciones, plazos e instancias públicas responsables y corresponsables que deberán atender las autoridades del Distrito Federal a corto, mediano, largo plazo y de forma permanente. El programa busca alcanzar el cumplimiento de los derechos humanos en la Ciudad de México, en particular en lo relativo a los derechos de las poblaciones callejeras.
- *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018:* Establece los objetivos, metas y líneas de acción que servirán de base para la definición e implementación de

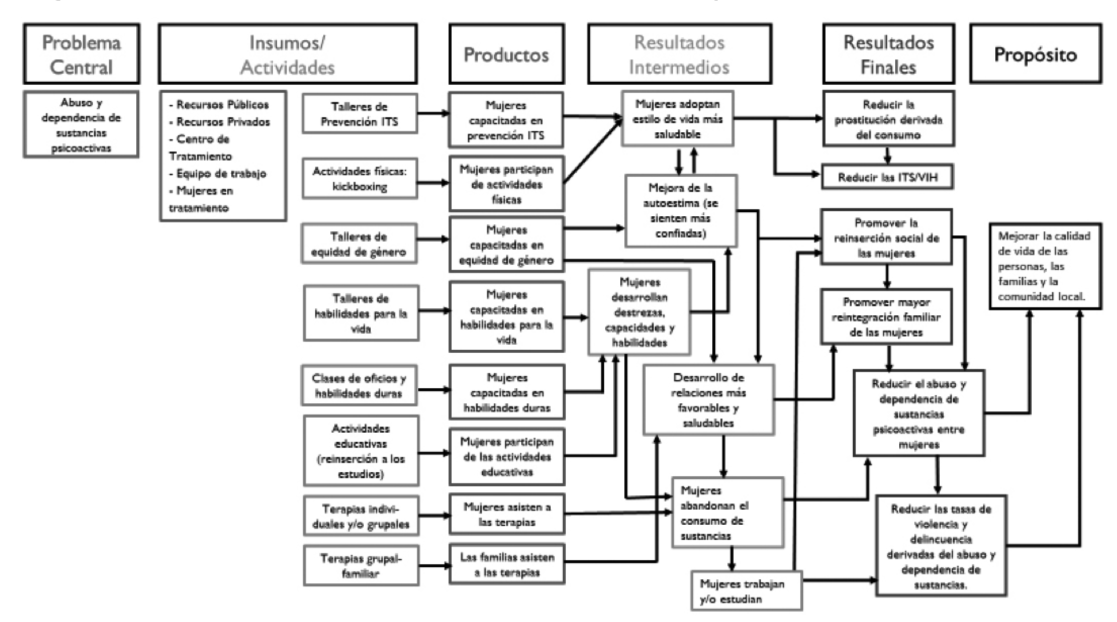
las políticas públicas de la Ciudad de México hasta el año 2018, colocando énfasis en el diseño de la política pública orientada a la eliminación de la exclusión, el maltrato y la discriminación a las poblaciones callejeras.

- *Programa Sectorial de Desarrollo Social con Equidad e Inclusión 2013-2018:* Tiene su fundamento en las leyes y decretos que rigen la planeación de la Ciudad de México, que promueven el desarrollo social y establece que las poblaciones callejeras es un grupo discriminado.

4.4 Teoría de cambio

La Figura 2 muestra la teoría de cambio del programa FJT-F, donde se detalla la problemática principal: el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas que afecta la vida de las mujeres, sus hijos y familiares. Dicha situación incentiva la reproducción de la violencia en la vida social de las mujeres, la comisión de delitos e incluso se pueden integrar a la delincuencia organizada. Paradójicamente, el abuso del alcohol y las drogas aumenta la gravedad de dichas problemáticas que tienen fuerte impacto en la vida cotidiana, que pudieran plasmarse incluso a los trastornos psiquiátricos. La prostitución es también un vehículo en el cual se involucra el consumo de alcohol o drogas y las redes de la delincuencia.

Figura 2. Esquematización de la Teoría de Cambio del Programa FJT-F



Fuente: Elaboración propia a partir de insumos del equipo del Programa FJT-F.

Para poder mitigar esta problemática, el programa cuenta con un conjunto de insumos. Por un lado, se encuentra la población (es decir, las mujeres atendidas[18]), mientras que en el otro está el equipo de consejeras y consejeros, madrinas y padrinos, psicólogas, psiquiatras, médicos, nutriólogos, trabajadores sociales, preparadores físicos, directores, coordinadores institucionales, los centros de tratamiento de adicciones, los recursos materiales, la información, las vinculaciones, y los recursos financieros privados y públicos.

A partir de estos insumos, el equipo de Fundación Jóvenes Tlatilco desarrolla las actividades de la terapia de facilitación de los 12 pasos de AA, las sesiones individuales, grupales y familiares, las actividades de acondicionamiento físico y lúdico recreativas, las lecturas sobre las adicciones y recuperación, las sesiones de consejería, la terapia espiritual y las actividades de reinserción social. El proceso de cambio se va plasmando en el proyecto de vida, donde se definen metas de corto, mediano y largo plazo.

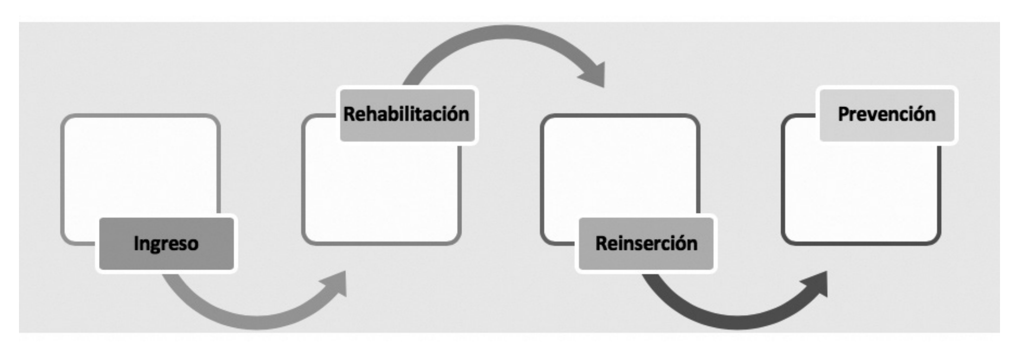
Las actividades del programa buscan incidir en los factores de riesgo en los que viven las mujeres vulneradas, con el objetivo de alcanzar los siguientes resultados: el abandono del consumo, la adopción de estilos de vida saludables, el desarrollo de habilidades para la reinserción social y la capacidad de establecer relaciones sanas con hijas-hijos, familia, pareja, amigos. Estos cambios en los entornos de las mujeres deben llevar a la reducción de las adicciones y las tasas de delincuencia, a través de la reinserción social, reintegración familiar y el decremento de exposición a las drogas, prostitución o enfermedades. Consecuentemente, estos cambios contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad local.

[18] Cómo se mencionó anteriormente, el Modelo de Comunidad Terapéutica se basa en un proceso de recuperación dentro del grupo, en el cual, los residentes son gestores del proceso de crecimiento y movilizadores del cambio, siendo el estilo relacional, el principal componente terapéutico. Por esta razón, se considera que las mujeres residentes son, simultáneamente, beneficiarias e insumo de la intervención. Sin la participación de éstas en el grupo, el componente terapéutico relacional no podría ser realizado.

4.5 Fases del Programa[19]

Para el desarrollo del proceso descrito arriba, el Programa FJT-F se divide en cuatro fases:

Gráfico 3. Etapas del Programa FTJ-F



Fuente: Elaboración propia.

Fase I: Ingreso

Esta fase explora las posibilidades de admisión al programa. Es el primer contacto entre la usuaria y el equipo de la Fundación. Las actividades de esta fase están orientadas al conocimiento mutuo para saber si se le puede atender o necesita derivación. En caso de que la mujer cumpla con los criterios de inclusión, se determina si es candidata para ingresar al programa. Si esta decisión es afirmativa, se lleva a cabo una revisión médica más a fondo para iniciar el tratamiento.

Fase II: Rehabilitación

La segunda etapa está orientada al tratamiento para lograr vencer la dependencia, desarrollar los factores de protección y minimizar los factores de riesgo. Está dividida en dos sub-etapas:

- Los primeros tres meses son de internamiento, lo que significa que la usuaria permanece en el centro sin salir y concentrada en su proceso de recuperación en abstinencia.
- La segunda etapa consta de un periodo semi-residencial de tres meses, donde la usuaria empieza a salir para realizar actividades que la preparan hacia la reinserción social, ya sea retomando sus estudios o incorporándose en algún programa de capacitación laboral. Diariamente regresa al centro para participar en las actividades terapéuticas, las cuales se describen a continuación.

a) La Terapia de Facilitación de los 12 Pasos AA (personal encargado: director, responsable del centro o padrino-madrina).

[19] Esta sección se elaboró con base en el Manual de Procedimientos del Centro Especializado contra las Adicciones Fundación Jóvenes Tlatilco y el Programa de Tratamiento para Mujeres. Ambos elaborados en el 2017. Se retoma también información obtenida a través de las entrevistas al director y al equipo operativo realizadas entre abril y mayo del 2018.

Tabla 3. Compontes de la Terapia de Facilitación de los 12 Pasos AA

Actividad	Objetivo	Descripción
Juntas de recuperación	Hacer catarsis y liberar ansiedad y angustia que permita reorganizar cognitivamente las vivencias dolorosas y no placenteras asociadas con el consumo de drogas.	La usuaria comparte sus experiencias de dolor y superación de manera libre frente a las demás usuarias con la finalidad de que vaya descubriendo los motivos por los cuales llegó al consumo de drogas, así como el proceso que vivió previo a su llegada al centro para poder identificar las áreas de su vida en las que es más oportuno aplicar el programa terapéutico y los doce pasos de AA.
Juntas de estudio	Conocer los principios teóricos y literarios del programa de AA para posteriormente poderlos incorporar al programa de tratamiento personal.	Se da la oportunidad a la usuaria de conocer en qué consiste el programa los 12 pasos de AA a través de lecturas. Esta actividad es coordinada por algún padrino o encargado, donde la usuaria tiene la posibilidad de retroalimentarse para aclarar dudas, hacer comentarios y saber sobre los componentes contenidos en los 12 pasos de AA.
Junta de recuperación para militantes	Conocer el testimonio de otras usuarias que han sufrido la enfermedad de la adicción y que actualmente se encuentren sin consumir. Sirve como modelo de acción para las usuarias.	Es un espacio donde las usuarias que han alcanzado la abstinencia y se han incorporado a la sociedad comparten sus experiencias del día a día, especialmente con relación a la enfermedad del alcoholismo y drogadicción. En este caso las personas que se encuentran en tratamiento escuchan estas vivencias. Esta intervención es coordinada por el encargado del centro.

Fuente: elaboración propia con base en entrevistas y análisis documental.

b) La Consejería Especializada en Adicciones: Es una intervención que permite hacer contención emocional y acompañamiento terapéutico durante el tratamiento, fungiendo como facilitador en las distintas áreas que integran la intervención con la usuaria (médico, laboral, escolar, familiar etc.) de manera cercana, pragmática y acorde a sus necesidades de atención. Está a cargo de consejeros y consejeras certificados. El consejero, o consejera, realiza una entrevista inicial para conocer los diferentes aspectos de la vida de la paciente, datos generales, historia de consumo, salud mental y física y administración del tiempo libre. Después elabora, junto con la usuaria, un plan de consejería individualizado, el cual va acompañado de sesiones

de seguimiento donde se abordarán temas que integran los aspectos cognitivos, sociales y emocionales de la vida de las usuarias, con el fin de que tome control de su proceso.

Asimismo, la consejería lleva a cabo tres tipos de terapias:

- Individual: directamente con la usuaria.
- Grupal: con un grupo de usuarias que comparten intereses;
- Familiar o con conocidos: en estas sesiones se puede establecer un proceso de colaboración entre la consejera(o) y las personas más importantes en la red de apoyo de la usuaria.

El consejero(a) trabaja con la usuaria la elaboración del **proyecto de vida**, donde diseña estrategias y un plan de acción para reorganizar su estilo de vida asociado al consumo de drogas. Junto con la usuaria, identifica cada uno de los aspectos de la vida donde está estancada para reconfigurar sus habilidades. De esta manera, el trabajo sobre su proyecto de vida le brinda herramientas y conciencia en la vida diaria del proceso de cambio que está llevando a cabo y le permite planear un futuro próximo.

Cuando la usuaria ha concretado sus metas y se acerca el fin de la modalidad residencial de su tratamiento, el consejero(a) realiza el **cierre de la consejería** con la usuaria, revisando las metas establecidas para la etapa para que se prepare para la reinserción social.

El programa FJT-F ofrece un conjunto de actividades que complementan el desarrollo de los factores protectores, principalmente en el nivel individual y relacional; habilitando además a las usuarias para que afronten los riesgos a nivel comunitario y social.

Tabla 4. Componentes de Consejería Especializada en Adicciones

Actividad	Objetivo	Descripción
Sesiones de la Comunidad Terapéutica	Expresar de manera libre, pensamientos y sentimientos.	Estas sesiones están a cargo del trabajador(a) social o del consejero(a). Se realizan técnicas para que las usuarias puedan compartir lo que piensan y sienten de la vivencia en la cotidianidad, expresen los desacuerdos y se retroalimenten.

Actividad	Objetivo	Descripción
Psicoterapia individual	Conocer y modificar pensamientos e ideas irracionales asociados con el consumo de drogas y con cualquier comportamiento que perjudica o daña emocionalmente.	Estas sesiones están a cargo del psicólogo(a). Se ofrece terapia individual para quién la solicite donde puede expresarse libremente con relación a su consumo de drogas y en general, sobre los momentos o situaciones difíciles que ha experimentado.
Psicoterapia grupal		Estas sesiones están a cargo del psicólogo(a). Permite trabajar los aspectos individuales en relación con su grupo y contexto social, el cual muchas veces determina o sostiene el consumo de drogas.
Actividad física y deporte	Desarrollar estilos de vida saludable, prevenir el sobrepeso y estimular el funcionamiento corporal y cerebral.	Estas sesiones están a cargo del entrenador de artes marciales. Se lleva acabo el acondicionamiento físico a partir de clases de defensa personal y utilización de un gimnasio con el que cuenta la Fundación. Se imparte también yoga y kick boxing. Estas actividades mejoran los procesos de pensamiento, memoria, juicio y atención e inciden en la relación cuerpo-mente y el control de emociones.
Actividades lúdico-recreativas	Desarrollar el pensamiento abstracto y concreto, el manejo de tolerancia y a la frustración, además de estimular la socialización de las usuarias.	Estas sesiones están a cargo del trabajador(a) social. Se promueven estilos de vida saludables alejados del consumo de drogas a través de juegos grupales de destreza, concentración y análisis (ajedrez, damas chinas, juegos de cartas, rompecabezas etc.).
Lectura	Desarrollar el pensamiento abstracto y concreto, además de facilitar la reinserción social, ya sea en el ámbito laboral o académico.	Estas sesiones están a cargo del trabajador(a) social. En este espacio, las usuarias tienen la libertad de leer algún libro de superación personal, de la literatura de AA o algún libro de la biblioteca de la Fundación para posteriormente, entregar un reporte de lectura. Esto se desarrolla para apuntalar el programa de atención a través de conceptos teóricos, para mejorar la capacidad de concentración y análisis verbal.

Actividad	Objetivo	Descripción
Cine análisis	Identificar y analizar estilos de vida asociados al consumo de drogas, sus causas, consecuencias y reflexionar con relación al consumo personal.	Estas sesiones están a cargo del trabajador(a) social. Se proyectan películas relacionadas con el consumo de drogas para posteriormente llevar a cabo una discusión y reflexión de estas, explorando las causas asociadas a la temática principal y la relación que éstas tienen en el historial de cada una de las usuarias.
Terapia espiritual	Desarrollar el área espiritual que integra al ser humano.	Estas sesiones están a cargo del terapeuta espiritual. Se brinda un espacio de reflexión en el cual se explora y promueve el desarrollo espiritual de las usuarias a partir de un programa estructurado basado en principios filosóficos y ontológicos del ser humano. Este programa busca desarrollar la virtud de humildad y empatía entre las usuarias.
Psicoeducación para familiares	Ofrecer información veraz con relación al consumo de drogas para sensibilizar a los familiares sobre las particularidades de la enfermedad y con relación al proceso terapéutico de sus familiares.	Estas sesiones están a cargo del consejero(a). Semanalmente se programan actividades psicoeducativas donde se exploran los mitos sobre las drogas, los daños y repercusiones que estas traen a la salud de la usuaria y a la integridad familiar en general. De igual forma, se remarcan los papeles familiares que pueden contribuir a apuntalar el consumo y/o su abstinencia, y en general elementos que ayuden o contribuyan al programa de tratamiento.
Taller de sensibilización en equidad de género	Empoderar a las mujeres con relación a sus derechos humanos, civiles, reproductivos y laborales.	Estas sesiones están a cargo de la madrina. El taller desarrolla las siguientes temáticas: perspectiva, identidad, igualdad y equidad de género, y cuáles son los derechos de las mujeres, especialmente en el trabajo. Se aborda también la educación en respeto a la diversidad sexual y una vida libre de violencia.

Fuente: elaboración propia con base en entrevistas y análisis documental.

Fase III: Reinserción

Esta es la fase en la cual se concluye el tratamiento en su modalidad residencial para dar continuidad al mismo de manera externa. Esta es una fase breve, de cierre y egreso. En condiciones deseables, el egreso se da cuando la usuaria ha alcanzado las metas establecidas para la fase de *residencial.* Sin embargo, hay otras causas de egreso:

- Retiro voluntario del programa.
- Baja definitiva o temporal cuando la usuaria requiere otro tipo de atención complementaria a la que el centro puede ofrecerle.
- Muerte de la usuaria durante su estancia en el centro de tratamiento.

En estos casos, se comunica de inmediato a los familiares y autoridades competentes.

Fase IV: Prevención

En la cuarta fase, las mujeres que han egresado por cumplimiento de metas de la fase residencial, continúan con su tratamiento incorporándose paulatinamente a la vida cotidiana externa. Su compromiso consigo mismas las tiene que llevar a realizar las actividades de su proyecto de vida y a mantenerse en seguimiento:

> "(…) después de salir del centro deben regresar todos los días. En una primera etapa salen a trabajar o a estudiar y deben regresar a dormir… aunque hay quien decide ya no regresar. Se les da consejería una vez a la semana y se les da también la opción de que asistan a la terapia que más les guste o que sientan que les sirve más. Esto se realiza durante los primeros tres meses posteriores a su salida del centro; luego se realiza cada quince días. Si la persona no puede venir, la terapia se realiza vía telefónica o por alguna red social, pero la idea es mantener el contacto (*cómo estás, consumiste, se te antojó, tuviste problemas, hubo situaciones de riesgo, cómo vas con tu plan de vida, etc.*). Posteriormente la cita se realiza una vez al mes y luego cada dos, tres meses… se van alargando los tiempos y terminas haciéndolo una vez al año, pero eso, es hasta que la persona tiene dos años que egresó del centro. Ahora, generalmente esta cita no se hace una vez al año porque la gente no se aparta. Una cosa es lo que está en la regla y otra es la necesidad de las personas… casi siempre vienen una vez al mes, aunque sea a saludar y platicar un rato, pero es muy raro que alguien deje de venir por completo".[20]

Es crucial que se incentive a que las mujeres se capaciten para trabajar, desarrollen sus habilidades mentales e impulsen sus trayectorias de educación para ampliar de manera efectiva, las oportunidades de reintegración social.

[20] L. Martínez, Entrevista individual, 11 de mayo 2018.



5. PRINCIPALES RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS

5.1 Resultados obtenidos

Un primer acercamiento para conocer los resultados que el programa FJT-F ha obtenido se hizo a través del análisis de información cuantitativa. La Tabla 4 contiene información sobre los resultados de la intervención de los últimos cuatro años. Del 2014 al 2017, el programa FJT-F ha atendido a 265 mujeres entre 12 y 74 años. De ellas, más de la mitad completaron su tratamiento en la fase residencial y semi-residencial, alcanzando la remisión temprana[21] (62.26%), mientras que más de una tercera parte han logrado la remisión sostenida[22]. Al menos una cuarta parte de las mujeres atendidas[23] retomaron estudios o trabajo y formaron una familia.

Tabla 5. Resultados generales FJT-F 2014-2017

Resultados generales[24]	2014	2015	2016	2017	Total	%
Total de mujeres atendidas.	87	60	72	46	265	100
Total de mujeres en remisión temprana.	22	29	68	46	165	62.26
Total de mujeres en remisión sostenida.	22	23	33	9	87	32.83
Total de mujeres que retoman estudios y/o trabajo.	s/d	s/d	21	46	67	25.28
Total de mujeres que integran o se reintegran a núcleo familiar.	s/d	s/d	19	46	65	24.52
Total de mujeres que abandonaron el programa antes de los 6 meses.	62	31	4	0	97	36.60
Total de mujeres que no lograron recuperación ya sea por fallecimiento o por enfermedad mental.	2	0	2	0	4	1.5

Fuente: elaboración propia a partir de la Base de Datos de Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil 2018.

[21] De uno a 12 meses desde su último consumo de sustancias psicoactivas.
[22] Más de un año desde su último consumo de sustancias psicoactivas.
[23] No hay datos de los dos primeros años del periodo estudiado que se explica por diferentes métodos en el registro de información.
[24] Datos proporcionados por el director Antonio Segura González, el Coordinador de Desarrollo Institucional Lic. Eduardo Arteaga Hernández y la responsable del Centro Femenil, Lilibeth Martínez Chávez a partir de una sistematización de información de los expedientes clínicos. 20 de Julio 2018.

Los datos estadísticos evidencian una tendencia de especialización en el perfil de la población que atiende el programa FJT-F. La Tabla 5 contiene la información desglosada de las participantes del programa FJT-F.

Tabla 6. Población en remisión por situación de calle (2014-2017)

Situación de la población al ingreso al Programa FJT-F	Población atendida (% respecto de la población total atendida)	Remisión temprana (% de la población atendida por segmento)	Remisión sostenida (% de la población atendida por segmento)
En situación de calle	83 (31%)	70%	40%
No está en situación de calle	182 (69%)	59%	30%

Fuente: elaboración propia a partir de la Base de Datos de Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil 2018.

La Tabla 6 profundiza en el análisis de los resultados con las mujeres en situación de calle, en donde podemos observar que, de 83 mujeres atendidas en situación de calle, 58 tuvieron una remisión temprana (70%) y, de éstas, 23 tuvieron una remisión sostenida, que corresponden a 40% de las mujeres que tuvieron una remisión temprana. Si correlacionamos esta con otras variables, como la edad y la escolaridad, se puede observar que los resultados son más efectivos sobre la población de calle, revelando la fortaleza del programa FJT-F (Tabla 7):

Tabla 7. Población en remisión por rango de edad y situación de calle (2014-2017)

Edad de ingreso al programa	Población atendida (% respecto a población total atendida)		Remisión temprana (% de la población atendida por rango)		Remisión sostenida (% de la población atendida por rango)	
	Total	**De calle**	**Total**	**De calle**	**Total**	**De calle**
Adolescentes (12-17 años)	102 (39%)	28 (27%)	70.5%	89%	44%	68%
Jóvenes (18-29 años)	93 (35%)	41 (44%)	73%	68%	31%	29%
Adultas (30-74 años)	48 (18%)	12 (25%)	50%	42%	27%	17%
Sin datos	22 (8.3%)	2 (9%)	8.3%	s/d	8.3%	s/d

Fuente: elaboración propia a partir de la Base de Datos de Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil 2018.

Tomando en cuenta los segmentos que presentan mejores resultados, se observa que:

- El 27% de las adolescentes atendidas en el periodo 2014-2017 estaban en situación de calle (28 de 102). De éstas, el 89% lograron una remisión temprana y el 68% una remisión sostenida. Por el otro lado, la nula o baja escolaridad afecta al 57% de las adolescentes en situación de calle.

  Con estas tendencias, se observaron que 13 de 16 casos (81%) alcanzaron una remisión temprana y que 12 de 16 casos (75%) lograron una remisión sostenida.

- El 44% de las jóvenes se encuentran en situación de calle (41 de 93). De estas, el 68% lograron su remisión temprana y el 29% una remisión sostenida. Por el otro lado, la nula o baja escolaridad afecta al 39% de las jóvenes en situación de calle. Con estas tendencias, se observa que 10 de 16 casos (63%) lograron una remisión temprana y 4 de 16 casos (25%) lograron una remisión sostenida.

- En otra comparativa, el 22% de las jóvenes en situación de calle atendidas estaban embarazadas (9 de 41), de éstas, el 67% lograron remisión temprana y el 33% una remisión sostenida. Las jóvenes en situación de calle con un hijo(a) y que ingresaron al programa representan el 37%, es decir, son 15 de 41 casos. De estas jóvenes, el 93% lograron remisión temprana (14 de 15 casos) y el 40% una remisión sostenida (6 de 15 casos) (Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil, 2018).

Como puede apreciarse, estos resultados muestran promedios bastante cercanos, o incluso mejores en algunos casos, a los que alcanzan otras jóvenes que no presentan estas vulnerabilidades.[25] Un segundo acercamiento para conocer los resultados del programa FJT-F se hizo a través de entrevistas con mujeres jóvenes que tienen más de tres años de haber egresado[26]. Una primera constatación es que:

- Se mantienen alejadas del consumo de sustancias.
- Han ido logrando sus metas de trabajo y estudio, aunque en este último aspecto, no han conseguido aún todo lo que se proponen.
- Han logrado estabilidad: parejas, hijos y reconciliación con su familia.

En sus relatos se pueden identificar los resultados esperados en torno a la teoría de cambio: son mujeres que reconocen sus habilidades, sus aprendizajes, tienen conciencia de su propio desarrollo y de lo que les ha ayudado a superar las situaciones de riesgo en las que estuvieron. Debe recalcarse su capacidad de analizar su historia de vida sin cargarse de culpas, pero sin evadir sus responsabilidades.

[25] En el Anexo II, se presenta un desagregado estadístico de los resultados por año, tanto de los casos en remisión como de los que abandonaron el programa antes de los seis meses.

[26] El Anexo III incluye las historias de vida de las jóvenes entrevistadas.

Su presente no se libra totalmente del dolor y las huellas que ha dejado la violencia vivida no se pueden borrar. Sin embargo, ellas pueden salir adelante y pueden apoyar a otras personas para que no repitan las mismas trayectorias. Las egresadas del programa FJT-F deben, idealmente, tener claridad sobre su fortalecimiento espiritual, el apoyo de la consejería, de los hábitos saludables aprendidos, de la convivencia con otras mujeres y compartiendo sus experiencias. Casi todas las mujeres que han participado en el programa FJT-F han mencionado que su vida hubiera sido menos problemática si hubieran sido hombres.

5.2 Lecciones aprendidas y dificultades enfrentadas

En esta sección se presentan algunas de las lecciones aprendidas y de las reflexiones sobre las dificultades que se han presentado durante la implementación del programa FJT-F. Existen varios retos para continuar mejorando el modelo de intervención, ofrecer un mejor servicio y lograr resultados de mayor impacto. Existe una clara conciencia de que el programa es una de las pocas alternativas que atienden a mujeres en situación de abandono social, integrantes de poblaciones callejeras, madres o mujeres con enfermedades crónicas, como el VIH. El programa es una alternativa social y un modelo de atención multidisciplinario con enfoque a poblaciones específicas para la prevención social de la violencia y la delincuencia mediante el tratamiento de las adicciones como factor de riesgo.

Algunos de los resultados más significativos del programa es el trato empático que se ha brindado a las usuarias y en la aplicación congruente de las normas por parte de consejeros(as), padrinos, madrinas, y profesionales que integran el equipo. Un componente indispensable del trabajo psicoterapéutico del programa está fortalecido con varias acciones de educación emocional para el desarrollo de factores protectores.

Dentro de este contexto, se busca cimentar los vínculos con empresas que ofrecen programas de capacitación para el empleo para que las mujeres del programa avancen en su proceso de rehabilitación. Una de las dificultades que tienen las mujeres del programa es que cuando terminan su ciclo de tratamiento, se les complica encontrar un trabajo digno por la baja escolaridad y el estigma de su pasado.

En este sentido, se destaca la siguiente información:

- El 37% de las usuarias que participaron en el programa entre el 2014 al 2017 abandonaron su proceso de rehabilitación antes de completar la fase residencial. Algunos factores determinantes en la interrupción del proceso de rehabilitación o reinserción de las usuarias fueron:
    - o Presiones de salir del programa por parte de allegados ante las tempranas señales de progreso. La falta de programas que apoyen una adecuada inserción laboral para este tipo de población.

- o Los problemas de adaptación a un estilo de vida con límites, normas, rutinas y responsabilidades, las cuales son los ejes rectores del programa.
- o Factores médicos.[27]

Por ello, el equipo se mantiene mejorando el modelo de atención, especialmente en lo que respecta al trabajo con las familias y personas significativas de las usuarias y el desarrollo de sus capacidades para la reinserción social.

- No existe suficiente trabajo previo con las poblaciones callejeras y llegan por alguna emergencia ("un pasón") sin tener documentados los precedentes que conllevan a tomar la decisión de comprometerse a su propia rehabilitación. Esto dificulta y retrasa el proceso de las pacientes, lo cual puede provocar que deserten del tratamiento y recaigan. Incluso puede que regresen a ser tratadas por el programa, pero la severidad de los daños es mucho mayor. El equipo considera que éste es un riesgo que podría minimizarse, ya sea desarrollando un componente del modelo ECO2[28] para que se realicen trabajos en la calle o que se promueva la articulación más efectiva con otras instituciones que trabajan en calle.
- Existe una alta dificultad de atender las necesidades de las mujeres en situación de abandono social (sin redes de apoyo) con una perspectiva de género. Este acercamiento se complica si las mujeres son madres y buscan rehabilitarse, pero que no quieren apartarse de su hijo(a). Este tipo de escenarios representan un cuello de botella en las políticas públicas de fomento a las OSC, debido a que no hay suficientes recursos públicos, ni la infraestructura para brindar a este sector de la población. No obstante, el equipo de FJT-F ha brindado un espacio donde se puede tratar a estas mujeres con el fin de mejorar el entorno social de la Ciudad de México.

[27] "La cronicidad en el consumo, para personas que por lo menos presentan 3 años como dependientes a algún tipo de sustancia, provoca que al momento de atravesar el síndrome de supresión y al no contar con redes de apoyo familiares que permitan a la paciente mantenerse en el programa de rehabilitación. Se tiene que respetar su decisión de abandonar dicho tratamiento aún y cuando se conoce que la usuaria volverá a solicitar internamiento una vez que sus fuerzas físicas decaigan" (Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil, Julio, 2018, s.p,).

[28] El ECO2 (Epistemología de la Complejidad, Ética y Comunitaria) es un meta-modelo desarrollado por OSC latinoamericanas para mitigar el sufrimiento social, incluyendo la extrema pobreza, adolescentes en conflicto con la ley, personas viviendo con VIH y SIDA, personas privadas de la libertad, consumidores de sustancias psicoactivas, explotación sexual, violencia de género, poblaciones callejeras, personas con discapacidad, indígenas, migrantes, pandillas juveniles, discriminación, personas adultas mayores, etcétera. Dicha intervención persigue cuatro objetivos: a) disminuir las situaciones de sufrimiento social; b) promover la seguridad y la salud de todas las personas; c) contrarrestar los procesos de exclusión de la participación de la vida social y d) aumentar la complejidad efectiva de los sistemas sociales (Machín, 2016).



6. BIBLIOGRAFÍA

Azaola, E. (2014). *La reinserción sociofamiliar de los adolescentes en conflicto con la ley: de la situación actual hacia una propuesta de intervención.* México: Secretaría de Gobernación.

CONACE. (2004). *Modelo Transtéorico del Tratamiento de Conductas Adictivas (Prochaska y DiClemente)*. Recuperado el 14 de junio de 2018, de http://aulavirtual.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/04/02-Modelo-Transte%C3%B3rico-del-Tratamiento-de-las-Conductas-Adict%E2%80%A6.pdf.

CONADIC, CENADIC, CICAD y OEA. (2013). *Manual del Consejero en Adicciones. Basado en la Norma Institucional de Competencia Laboral CENCLIN/2011/007 "Brindar Consejería*. Ciudad de México: CONADIC-CENADIC.

Estrada Rodríguez, J. L., & Muñoz Munguía, M. (2015). "Factores Psicosicoales asociados a la conducta delictiva y adicciones en los municipios del Valle de Toluca, México". En: *DIKÉ Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, BUAP, 9* (No. 17), 47-66.

Fundación Jóvenes Tlatilco A.C. (2016). *Programa de Tratamiento para Mujeres*. Ciudad de México.

Fundación Jóvenes Tlatilco A.C. (2017). *Manual de Procedimientos de Centro Especializado contra las Adicciones.* Ciudad de México.

Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil. (2018). *Base de datos 2014-2017*. Ciudad de México.

Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil. (2018). *Identificacion de factores que imposibilitan la rehabilitación exitosa en la Fundación Jóvenes Tlatilco Femenil [Documento de trabajo].* Ciudad de México.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra la Adicciones, Secretaría de la Salud. (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol.* Ciudad de México: Secrteraría de Salud.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñíz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra la Adicciones, Secretaría de la Salud. (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

Lagos, F. (8 de marzo de 2017). Mujeres en situación de calle: la lucha de cada día. *Fundación Gente de la Calle*. Recuperado de: http://www.gentedelacalle.cl/mujeres-en-situacion-de-calle-la-lucha-de-cada-dia/ en 25/05/2018.

Llorente del Pozo , J., & Iraurgi Castillo , E. (2008). Tratamiento Cognitivo Conductual aplicado a la deshabituación de Cocaína. *Trastornos Adictivos*, 252-274.

Machín, J. (2016). *Meta Modelo Eco2: una introducción a sus fundamentos matemáticos.* Ciudad de México: Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas .

National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones en 14/06/2018.

Palacios H., J. (2013). *Comunidad Terapéutica. Una definición operativa*. S.L.: Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT). Recuperado de http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Palacios_Juan.pdf

SEDESO. (2017). *Censo de Poblaciones Callejeras 2017. Resultados Preliminares*. Ciudad de Méxio.

USAID. (2015a). *Conceptos y estrategias de gestión local.* México: USAID.

USAID. (2015b). *Manual para la capacitación en materia de prevención social de la violencia y la delincuencia*. México: USAID.

7. ANEXOS

Anexo 1: Listado de personas entrevistadas

Entrevista individual -25 de abril 2018

- Antonio Segura González, Director de Fundación Jóvenes Tlatilco A.C, Cconsejero especializado en adicciones.

Entrevista colectiva- 2 de mayo 2018

- Atziri Betzabeth de Blas de Jesús, licenciada en psicología, responsable de la terapia individual y grupal. Psicóloga.
- Eduardo Arteaga Hernández, coordinador de desarrollo institucional, licenciado en Ciencias Políticas por la UNAM y consejero especializado en adicciones.
- Elizabeth Zambrano Sánchez, licenciada en educación ereescolar y especialidad en psicología educativa y madrina.
- Lilibeth Martínez Chávez, responsable del centro femenil, trabajadora social y consejera especializada en adicciones.
- Uriel Antonio Segura Morales, estudiante de derecho, maestro de kick boxing y consejero especializada en adicciones.

Entrevista individual- 11 de mayo de 2018

- Lilibeth Cristina Martínez Chávez, trabajadora social (pasante de la licenciatura en Psicología), consejera especializada en adicciones.

Testimonios

- Alejandra Torres Mejía, 22 años, usuaria. 11 de mayo 2018.
- Rocío Quintero González, 21 años, usuaria. 11 de mayo 2018.
- Griselda Betanzos Martínez, 25 años, usuaria. 11 de mayo 2018.
- Xóchitl Elizabeth Hunter Norma, 20 años, usuaria. 11 de mayo 2018.

Anexo 11: Desagregado estadístico de resultados por año

Año 2014

Resultados generales[29]	2014	%
Total de mujeres atendidas	87	100
Total de mujeres en remisión temprana.	22	25
Total de mujeres en remisión sostenida.	22	25
Total de mujeres que retoman estudios y/o trabajo.	s/d	
Total de mujeres que integran o se reintegran a núcleo familiar.	s/d	
Total de mujeres que abandonaron el programa antes de los 6 meses.	62	71
Total de mujeres que no lograron recuperación, ya sea por fallecimiento o por enfermedad mental.	2	2

De los 22 casos que lograron remisión temprana a los seis meses y sostenida al menos durante los siguientes tres años:

Año	2014
Promedio de edad	18.5
Droga de impacto	Inhalables (21 casos); Alcohol (1 caso)
Situación de calle	16 casos
Embarazo al momento de ingreso	2 casos
Hijo(a) al momento de ingreso	2 casos
Con ningún grado de escolaridad	2 casos (24 años en situación de calle, embarazadas y con un hijo)
Con primaria	2 casos (12 años)
Con secundaria	4 casos (16-17 años; una en situación de calle); 1 caso (47 años)
Otro grado de escolaridad	preparatoria: 3 casos (adolescentes y en situación de calle)
Sin datos de escolaridad	preparatoria: 3 casos (adolescentes y en situación de calle)

[29] Datos proporcionados por el director Antonio Segura González, el coordinador de desarrollo institucional Lic. Eduardo Arteaga Hernández y la responsable del Centro Femenil, Lilibeth Martínez Chávez a partir de una sistematización de información de los expedientes. 20 de Julio 2018.

De los 62 casos que abandonaron el programa antes de los seis meses:

Año	2014
Promedio de edad	31 años. Sólo 15 adolescentes (14-17)
Droga de impacto	Alcohol (20 casos-8 de los cuales, rebasan los 50 años); inhalables (39 casos); crack (2 casos) 1caso sin datos
Situación de calle	13 casos
Embarazo al momento de ingreso	2 casos
Hijo(a) al momento de ingreso	2 casos (los mismos que arriba; en situación de calle; consumo crack)
Con ningún grado de escolaridad	0 casos
Con primaria	0 casos
Con secundaria	6 adolescentes (14-17) que no estaban en situación de calle, ni embarazadas, ni tenían hijo(a) y su droga de impacto era los inhalables
Otro grado de escolaridad	0 casos
Sin datos de escolaridad	56 casos

Año 2015

Resultados generales	2015	%
Total de mujeres atendidas	60	100
Total de mujeres en remisión temprana.	29	48
Total de mujeres en remisión sostenida.	23	38
Total de mujeres que retoman estudios y/o trabajo.	s/d	
Total de mujeres que integran o se reintegran a núcleo familiar.	s/d	
Total de mujeres que abandonaron el programa antes de los 6 meses.	31	52
Total de mujeres que no lograron recuperación ya sea por fallecimiento o por enfermedad mental.	0	0

De los 29 casos que lograron remisión temprana y los 23 casos que lograron remisión sostenida al menos durante los siguientes dos años:

Año	2015
Promedio de edad	22 años
Droga de impacto	Inhalables (13 casos); alcohol (11 casos); pluriusuarias[30] (2 casos); cocaína (1 caso); fármacos (1 caso).
Situación de calle	7 casos
Embarazo al momento de ingreso	4 casos
Hijo(a) al momento de ingreso	3 casos
Con ningún grado de escolaridad	2 casos (16 y 19 años, en situación de calle, su droga de impacto era inhalables y sin datos sobre remisión sostenida).
Con primaria	5 casos (12,17, 27,38 y 47 años; sólo1caso sin remisión sostenida; destaca el caso de 17 años, situación de calle, un hijo y pluriusuaria en remisión sostenida).
Con secundaria	14 casos (10 adolescentes; 3 jóvenes; sólo 2 casos sin remisión sostenida; destaca caso de 1 adulta de 52 años, consumo cocaína, en remisión sostenida).
Otro grado de escolaridad	6 casos con preparatoria y 1 caso carrera técnica (16-19 años, sólo 1 de 32 años; 2 adolescentes en situación de calle; predomina consumo alcohol; todas en remisión sostenida).
Sin datos de escolaridad	2 casos (17 y 19 años; en situación de calle, consumo de inhalables, sin remisión sostenida).

De los 31 casos que abandonaron el programa antes de los seis meses:

Año	2015
Promedio de edad	20 años
Droga de impacto	Inhalables (16 casos); pluriusuaria (7 casos); alcohol (3 casos); marihuana (1 caso); crack (1 caso); sin datos (3 casos).
Situación de calle	4 casos
Embarazo al momento de ingreso	2 casos
Hijo(a) al momento de ingreso	0 casos
Con ningún grado de escolaridad	2 casos (16 y 24 años; en situación de calle; 1 caso embarazada-pluriusuaria).
Con primaria	4 casos (adolescentes y jóvenes; consumo de inhalables; 1 caso en situación de calle).
Con secundaria	18 casos (7 adolescentes, 10 jóvenes y 1 adulta; 1 caso embarazada; 6 casos en situación de calle y 1 con hijo, 2 embarazadas).
Otro grado de escolaridad	3 casos (19, 21 y 30 años; consumo 2 inhalables y 1 pluriusuaria).
Sin datos de escolaridad	4 casos (15, 17, 21 y 30 años; 1 adolescente en situación de calle).

[30] Significa que consume sustancias estimulantes, depresoras y alucinógenas sin que se pueda determinar su droga de uso y de impacto.

Año 2016

Resultados generales	2016	%
Total de mujeres atendidas.	72	100
Total de mujeres en remisión temprana.	68	94
Total de mujeres en remisión sostenida.	33	46
Total de mujeres que retoman estudios y/o trabajo.	21	29
Total de mujeres que integran o se reintegran a núcleo familiar.	19	26
Total de mujeres que abandonaron el programa antes de los 6 meses.	4	6
Total de mujeres que no lograron recuperación ya sea por fallecimiento o por enfermedad mental.	2	2

De los 68 casos que lograron remisión temprana y otro de los 33 casos que lograron remisión sostenida al menos durante el siguiente año:

Año	2016
Promedio de edad	23 años
Droga de impacto	Inhalables (26 casos); alcohol (18 casos); pluriusuarias[31] (14 casos); marihuana (5 casos), crack (3 casos); fármacos (2 casos).
Situación de calle	24 casos
Embarazo al momento de ingreso	1 caso
Hijo(a) al momento de ingreso	4 casos
Con ningún grado de escolaridad	1 caso (17 años, pluriusuaria)
Con primaria	10 casos (2 adolescentes, 5 jóvenes y 3 adultas; 7 casos en situación de calle; 1 caso de embarazo y 2 casos con hijo; 6 casos en remisión sostenida; 4 casos pluriusuarias no lograron la remisión sostenida).
Con secundaria	51 casos (24 adolescentes, 22 jóvenes y 5 adultas; 13 casos en situación de calle; 1 joven con hijo; 24 casos no lograron remisión temprana y 1 joven falleció; 16 casos retomaron estudios, incluso mujeres adultas; 13 casos iniciaron o retomaron trabajo; 14 casos integraron o se reintegraron a su familia).
Otro grado de escolaridad	5 casos con preparatoria y 1 maestra (1 adolescente, 1 joven y 4 adultas; 4 casos en situación de calle; 5 casos no lograron la remisión sostenida; destaca caso de una mujer de 62 años en remisión sostenida que retomó estudios, trabajo y se reintegró a la familia).
Sin datos de escolaridad	1 caso (17 años, pluriusuaria, no logró remisión sostenida).

[31] Significa que consume sustancias estimulantes, depresoras y alucinógenas sin que se pueda determinar su droga de uso y de impacto.

De los 4 casos que abandonaron el programa antes de los 6 meses:

Año	2016
Promedio de edad	20 años
Droga de impacto	Pluriusuaria (1 caso); sin datos (3 casos)
Situación de calle	2 casos
Embarazo al momento de ingreso	0 casos
Hijo(a) al momento de ingreso	0 casos
Con ningún grado de escolaridad	0 casos
Con primaria	2 casos (16 años)
Con secundaria	1 caso (26 años; situación de calle)
Otro grado de escolaridad	Preparatoria 1 caso (24 años; situación de calle; finada)
Sin datos de escolaridad	0 casos

Año 2017

Resultados generales	2017	%
Total de mujeres atendidas.	46	100
Total de mujeres en remisión temprana.	46	100
Total de mujeres en remisión sostenida.	9	20
Total de mujeres que retoman estudios y/o trabajo.	46	100
Total de mujeres que integran o se reintegran a núcleo familiar.	46	100
Total de mujeres que abandonaron el programa antes de los 6 meses.	0	0
Total de mujeres que no lograron recuperación ya sea por fallecimiento o por enfermedad mental.	0	0

De los 46 casos que lograron remisión temprana y de los 9 casos que lograron remisión sostenida al menos 1 año:

Año	2017
Promedio de edad	25 años
Droga de impacto	Inhalables (17 casos); alcohol (10 casos); cocaína (9 casos); pluriusuaria (7 casos); marihuana (3 casos).
Situación de calle	11 casos
Embarazo al momento de ingreso	4 casos
Hijo(a) al momento de ingreso	25 casos (diez casos con 2 hijos; 15 casos con un hijo)
Con ningún grado de escolaridad	0 casos
Con primaria	5 casos (3 adolescentes y 2 jóvenes; 1 embarazada con dos hijos, 1 con un hijo; 2 casos con remisión sostenida).
Con secundaria	30 casos (6 adolescentes de las cuales 3 casos tienen hijos; 21 jóvenes de las cuales 7 casos en situación de calle: 5 con hijo/a y 1 embarazada; 3 adultas: 2 con hijos).
Otro grado de escolaridad	4 casos de preparatoria (1 joven y 3 adultas; adulta con hijo) 1 caso de licenciatura (joven con hijo).
Sin datos de escolaridad	4 casos (3 jóvenes en situación de calle).

De los 37 casos que no lograron la remisión sostenida:

Año	2017
Promedio de edad	26
Droga de impacto	Inhalables (13 casos); alcohol (8 casos); cocaína (8 casos); pluriusuaria (5 casos); marihuana (3 casos).
Situación de calle	9 casos
Embarazo al momento de ingreso	4 casos
Hijo(a) al momento de ingreso	19 casos (11 casos con un hijo/a y 8 con dos hijos/as)
Con ningún grado de escolaridad	0 casos
Con primaria	3 casos (2 adolescentes y 1 joven embarazada y con 2 hijos/as).
Con secundaria	25 casos (5 adolescentes: 2 con 2 hijos; 17 jóvenes: 7 en situación de calle, 2 embarazadas y con hijo/a y 3 sólo con 1 hijo/a; 4 que no están en situación de calle y con un hijo; 4 adultas: 2 con 2 hijos/as) .
Otro grado de escolaridad	3 casos con preparatoria (2 adultas y 1 joven) 2 casos de licenciatura (1 joven y 1 adulta, ambas con hijos).
Sin datos de escolaridad	3 casos (2 jóvenes en situación de calle, una embarazada y otra con un hijo/a; 1 joven con 2 hijos).

Anexo III: Testimonios de casos de éxito[32]

Testimonio de ATM

Tengo 22 años, originaria de la Ciudad de México, soy encargada de un restaurante, inicié la universidad, pero no hubo posibilidades de terminarla, estaba estudiando Turismo. Soy casada y tengo una niña.

Según recuerdo mi infancia fue bonita en una parte y fea en otra, porque mi mamá no estaba conmigo, tenía que trabajar, entonces yo me crie con mi abuela. Así crecí y llegué a un punto en el que mi abuela ya era grande y no podía cuidarnos como antes, a mi hermana y a mí. Todas al crecer hicimos lo que cada quien quiso de su vida. Mi mamá se casó, hizo su vida y nos dejó con mi abuela, después regresó a vivir con nosotras un tiempo, hasta que se volvió a casar y nosotras seguimos viviendo con mi abuela. Al lado de ella fue muy bonita mi infancia, me inculcó valores. Mi mamá por momentos estuvo ahí, aunque el mayor tiempo que yo recuerdo, no lo pasó con nosotras. Si no estaba trabajando, estaba en otra parte con sus parejas; eso a mi hermana y a mí, no nos gustó. Hace dos años mi abuela falleció y mi mamá regresó a vivir con nosotras, fue cuando yo empecé a hacer mi vida aparte. De mi infancia tengo muchos recuerdos felices, pero siempre al lado de mi abuela. Tengo muy marcado el que mi mamá me hizo falta. El departamento de mi abuela se encontraba en la colonia Popotla, en la Ciudad de México; era de su propiedad. La escuela me quedaba muy cerca de casa y era mi abuela quien nos llevaba desde que entramos al Kinder. La prepa la cursé una parte aquí ya interna en el centro y la otra cerca de la casa de mi abuela. Mi abuela tenía negocios de carnicerías, las supervisaba y administraba.

Mi adolescencia fue la parte que más me marcó la vida. Entré en un plan de rebeldía y mi abuela no entendía qué me sucedía. Ella decidió que ya no viviera a su lado y terminé viviendo con mi papá. Por lógica mi papá no me ponía la misma atención que mi abuela. La esposa de mi papá estaba embarazada y la atención era para ella. Allá me integré a otra secundaria y conocí a gente que no me ayudó. Se volvió constante el no llegar a la escuela, el tomar, etc. No eran actividades que me gustaran hacer, pero me sentía aceptada e integrada a un círculo el cual me brindaba la “atención” que no sentía tener en mi casa. Por andar con ellos empecé a tomar mucho, no me gustaba el sabor del alcohol, pero la sensación de olvidar mis problemas, sí. Después por mi comportamiento mi papá me corre de su casa, tenía entre catorce y quince años. Regresé a casa con mi mamá y al poco tiempo también me corre. Me fui alrededor de un año en donde no supo de mi, ni yo de ella, me fui a vivir con unas amigas de la prepa, pero mi mamá aprovechó para darme de baja de la escuela. Yo no quería dejar de estudiar y comencé a tramitar mis documentos, los cuales se habían quedado con mi mamá.

[32] Fueron omitidos los nombres de las personas entrevistadas para garantizar el derecho a la protección de datos personales (Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, LGPDPPSO, 2017).

Volví a hacer examen de admisión y volví a quedarme en la escuela; aproveché para trabajar y luego regresé a vivir con mi mamá, pero entré a estudiar a una escuela particular, donde mi abuela me apoyaba con el pago de las colegiaturas.

Como a los cuatro meses caí en una depresión porque estaba embarazada y mi mamá no me dejó tener al bebe, regresé a tomar y me iba de fiesta. Los médicos me recomendaron ir al psicólogo como apoyo, pero nunca lo hice. En algún momento mi mamá fue a sacarme de una fiesta en una patrulla y me dijo que me iban a internar; llegué a un grupo donde trataban muy mal a la gente, de hecho, éramos tres mujeres y como cuarenta o cincuenta hombres. Yo era menor de edad todavía y por ley no podía estar en un grupo de esos. Tomaron la determinación de llevarme por las mañanas y recogerme en las tardes. El grupo era muy estricto y después de tres meses ya no aguanté y me escapé de casa para ir a vivir con un tío por un mes, para volver a regresar a casa de mi mamá y es entonces cuando me trae a este lugar.

Durante todo este tiempo mi hermana estuvo muy apegada a mi abuela y para no tener problemas, siempre se quedó callada de todo lo que le molestaba; ella siempre se portaba muy bien, era el ejemplo de la casa. Ella es dos años mayor que yo. En todo ese tiempo nos separamos mucho; ella siguió estudiando y viviendo normalmente con mi abuela. Ella no se involucra mucho en mi vida, trata de no meterse. Pero si le pido ayuda me apoya.

Cuando llegué a la asociación tenía dieciséis años, estaba muy deprimida por lo de la pérdida de mi bebé y por la falta de mi mamá. Me sentía harta de tantos problemas y no quería vivir. El encierro me cayó muy mal y lo bueno es que nunca consumí drogas. Solo probé una fumada de marihuana en una ocasión y no me gustó. Lo que si es que fumaba mucho tabaco. Ahorita ya dejé el alcohol y también el cigarro.

El día que llegué aquí, también recibí un golpe de mi mamá y eso aunado a la depresión, me incitó a tomar un montón de pastillas y durante dos o tres días no supe lo qué sucedió. Cuando desperté ya estaba internada aquí, éramos como unas treinta o cuarenta mujeres las que estábamos de compañeras en el centro. La gente aquí pensaba que era una niña de la calle por la situación que traía cuando entré, la sobredosis, los golpes, la depresión… hasta mi mamá dijo que los golpes me los había dado un novio. De todo esto me fui enterando después de despertar. A mi mamá la vi después de no sé cuánto tiempo, pero la verdad no quería verla. Sentía mucho enojo en su contra sobre todo por obligarme a abortar.

Cuando llegué a este centro fue muy difícil porque creía odiar a todas las personas que trabajaban y vivían aquí. El encierro fue muy fuerte. No estaba con mis "amigos", aunque después me di cuenta de que no lo eran.

El padrino Antonio me apoyó mucho, platicaba conmigo, aunque en las dos primeras semanas no se me acercó para nada. Yo le decía que no quería ver a mi mamá, aunque viniera a la visita. Mi padrino se dio cuenta del problema real que tenía y me dijo que la visita podría hacerse fuera del centro, así que empecé a ir con mi mamá a la estética de la que era propietaria y trabajaba con ella. El tiempo que estuve aquí me gustó mucho porque conviví con chicas que de verdad tenían problemas más grandes que yo. Me di cuenta que en general, la gente no es mala, son a veces las circunstancias de la vida, las que nos hacen hacer cosas equivocadas; siento que todos tenemos un lado bueno.

Aquí sentí el calor de una casa, aquí tienes la libertad de platicar tus ideas o tus deseos, solo te hacen ver las posibles consecuencias de tus actos. Llegó un momento en que ya no quería ni salir a la calle, de tan cómoda que me encontraba aquí. Mi mamá noto mi mejoría y quiso llevarme de regreso a casa. Yo no lo acepté y se molestó y al no encontrar eco en mi padrino y trajo todos mis papeles y les dijo que me regalaba con ellos. Dejó de venir a las visitas y la recomendación que me hicieron en el centro fue poner distancia con ella por un tiempo, porque es ella quien te está dañando; es probable que lo haga sin querer, pero lo está provocando. Por ejemplo, yo quería seguir estudiando, pero como estaba en escuela particular, se complicaba sin el apoyo de mi mamá, pero mi padrino me dio chamba en el centro en cuestiones administrativas y él me pagaba la escuela.

De esto también le estoy muy agradecida al centro y a él en particular. Estudié un bachillerato en turismo y cuando salí de aquí, regresaba periódicamente para saludar. Aquí me festejaron mis cumpleaños y seguía conectada sentimentalmente con ellos. Aquí tuve la terapia de AA, la consejería, tomé también un curso de cultura de belleza, tenía actividad física, nos llevaban al médico constantemente y nos hacían estudios para constatar que estuviéramos bien, pusieron una biblioteca en el centro la cual nos prestaba libros para pasar muchos ratos muertos.

A diferencia de mi madre, mi abuelita venía a visitarme a escondidas de mi mamá, porque ella no quería que vinieran a verme. Me traía dinero o comida, luego se llevaba mi ropa y me la regresaba limpia… ella si me apoyó en mi estancia aquí.

Recuerdo como momentos muy difíciles en esta parte de mi vida, cuando llegué y cuando me tuve que ir del centro. Cuando llegué porque no quería estar aquí, no conocía a nadie, rodeada de puras mujeres todas con diferentes caracteres y problemas. Después como a los dos meses que llegué porque veía que a las demás chicas las venían a visitar y conmigo no pasaba. Y cuando me fui porque la decisión la tomó mi mamá porque yo era menor de edad. Regresé a vivir a la casa de mi abuela, a donde ahora también vivía mi mamá. Yo estuve aquí casi dos años, aunque en ese tiempo salí y regresé dos veces, por las mismas broncas en mi casa… no recaí en el alcohol, solo era la situación con mi mamá. Mientras estuve aquí, terminé la escuela y trabajaba. En octubre me casé por el civil y en noviembre por la iglesia, ya tuve a mi bebé y ahora no trabajo porque quiero cuidar a mi niña.

En algún momento alguien me preguntó que, si yo pensaba que de haber sido hombre, las cosas que viví, hubieran sido diferentes… Mi respuesta fue que no lo sé, tal vez hubiera sido peor. Pero contando que tuviera la misma familia, creo que hubiera sido lo mismo.

Siempre soñé con ser alguien en la vida y al ver a la gente con los problemas que tienen, a los alcohólicos tirados en la calle, me doy cuenta que no quiero terminar así. Inclusive cuando tomaba, nunca me permití hacer un desfiguro o ponerme mal por tanto alcohol, sentía pena por mí, de que la gente me viera en ese estado. Pero también me di cuenta que si mi familia no me apoyaba, tenía que hacer las cosas por mí. Nunca quise quedarme estancada, por el otro lado quería demostrarle a mi mamá que se había equivocado al correrme y no apoyarme y esto es algo de lo que mi mamá se dio cuenta, aunque ya pasó mucho tiempo. Por lo mismo, no me costó trabajo dejar el alcohol, solo fue en la adolescencia porque estaba en un plan de rebeldía, pero estando ya aquí dentro, no me dio trabajo. Aquí me enseñaron que no se necesita ningún estimulante para divertirse. Aquí siempre tuvimos la oportunidad de pasar un buen momento; nos llevaban al cine, a programas de TV Azteca, etc.

Esta rehabilitación es un trabajo de equipo, pero a Toño, mi padrino, le debo mucho. Siempre he sido muy reservada para ciertas cosas de mi vida y no a todo mundo le conté todo. Hasta la fecha seguimos con esa relación, yo le tengo mucha confianza y de repente le pido consejo de algo, aunque sea por teléfono. En este punto de mi vida me siento bien, muy feliz y realizada por lo que he logrado y por lo que tengo. Ahora tengo planes para mi vida; a corto plazo mi esposo y yo queremos comprar una casa y un carro, esa idea la tenía desde antes de casarme; a mediano plazo me gustaría terminar mi carrera y estudiar idiomas. Mi esposo es chef, está titulado y me dice que quiere eso mismo para mí. Con él encuentro mucho apoyo y comprensión. Lo conocí fuera de aquí y hasta hace poco tiempo, no sabía de este episodio de mi vida.

Al final he aprendido que lo primero es que estaba desperdiciando mi vida miserablemente; en ningún momento me imaginé tener un bebé, estar casada y estable. Lo que tengo ahora es gracias a este lugar. Si yo no me hubiera quedado, si no hubiera seguido frecuentando el lugar después de salir, no tendría las cosas que ahora tengo.

Aprendí también que existen lugares como este, en el que, si ayudan a la gente, a diferencia de otros donde sólo se hace negocio.

Mi mamá por fin entendió el asunto, lloró y me pidió perdón, a pesar de eso no le he platicado muchas cosas que viví fuera de la casa, porque todavía no hay suficiente confianza.

Testimonio de GBM

Mi nombre es Griselda Betanzos Martínez, tengo 25 años de edad y soy originaria de San Miguel Axiutla, Tlaxiaco Oaxaca. Vivo desde los seis años en la Ciudad de México y desde entonces no he regresado al lugar donde nací. Actualmente trabajo en Burger King, estudié hasta la preparatoria, pero no la he terminado. Soy madre soltera y tengo una niña de seis años, que por ahora se encuentra en el DIF, pero estoy recuperándola. Actualmente vivo con una hermana a quien colaboro con los gastos en su casa.

Recuerdo que llegué a la Ciudad de México porque un hermano mayor me trajo a vivir con él. En total éramos ocho hermanos y ya fallecieron dos. Yo soy la hermana menor y mi hermano mayor tiene cincuenta o sesenta y tantos años de edad. Mis padres fallecieron hace muchos años. A mi madre no la conocí y al cumplir los cuatro años de edad, falleció mi padre… era alcohólico. Por eso llegué a vivir aquí. Mi familia es muy disfuncional, no tengo contacto con ella. Antes de llegar a este centro de rehabilitación, vivía en la calle, tenía quince años cuando me salí de la casa del hermano que me trajo de Oaxaca. Ahí me maltrataban, mi hermano era muy duro y frío y por lo mismo, no me gustaba estar en su casa. Al salir me fui a vivir a casa de unas amigas y después de unos días los padres de ellas me enviaron a la Agencia del Ministerio Público 52 ó 59 (no recuerdo), porque no querían tener problemas con mi hermano y por eso llegué a la Casa Alianza en donde viví dos años. Me dolió mucho no poder quedarme a vivir en la casa de mis amigas, porque sus padres me querían mucho y me trataban bien, por lo tanto, me sentía a gusto con ellos, pero así sucedió.

En Casa Alianza me ayudaron, me trataban bien, pero por desgracia tomé el camino de las drogas y decidí salirme a vivir en la calle; tenía 16 años y ya había terminado la secundaria e iniciado la preparatoria… ahí perdí todo. El motivo de mí salida de esta institución, es que empecé a conocer a gente en la calle y ya había generado la dependencia a las drogas, la cual estaba en aumento. Aunque casa Alianza me buscó y me consiguió el espacio en este centro, al cual le debo tanto.

Antes de llegar a “Jóvenes Tlatilco”, mi vida en la calle fue muy difícil al principio, porque no sabía qué hacer para sobrevivir; pero lógicamente aprendes y rápido… Se sufre mucho en la calle, sobre todos por discriminación, falta de comida, frío, lluvia, etc… Me enseñaron a trabajar pidiendo dinero en el metro (lo llaman charolear), también me subía a los microbuses a vender dulces y a trabajar como payasita. Así sobrevivíamos todos los días. También había gente que nos ayudaba; nos llevaban comida y nos hablaban mucho de Dios… Claro que en ese momento no me importaba mucho, pero conforme fue pasando el tiempo, considero que es necesario creer en algo o alguien a quien le importes y que te puede ayudar.

Cuando por fin Casa Alianza me localiza, me saca de la calle y me trae para esta asociación, el principal problema para mí fue que no quería estar encerrada.

Llegué aquí tres veces y las dos primeras me escapé, hasta que acepté quedarme. En la calle me embaracé y me llevaron a una Casa Hogar para “aliviarme”. A la semana de haber llegado a ese lugar, nació mi niña. Después de dar a luz regresé a la calle hasta que llegué aquí. En el momento en que tuve a mi niña decidí dejar de inhalar, porque el ejemplo es la mejor educación… ¡Quiero darle lo mejor que pueda a mi hija!

Al decidir dejar de correr y quedarme en Jóvenes Tlatilco, mi padrino Toño se encargó de mí. Él me abrió las puertas de este lugar y comenzó a ayudarme. Me queda claro que lo que él me ha enseñado es para mejorar mi vida, por eso lo quiero mucho. En este lugar me ayudaron para que mi hija estuviera atendida en una casa hogar, en lo que yo avanzaba en mi rehabilitación. Lo que más me ayudó en el tiempo de rehabilitación en el centro, fue la consejería. El hecho de hablar con mi padrino me hacía entender y poner en perspectiva las cosas… También el apoyo psicológico y el médico fueron de vital importancia. Recuerdo que cuando llegué al centro, mi estado físico era muy malo; me drogaba, estaba muy baja de peso, ya había dado a luz… era un caos. Me costó mucho dejar la droga, la adicción era muy grande, pero el trabajo dirigido y desarrollado aquí, junto con las ganas de dar un buen ejemplo a mi niña, me sacaron adelante. En el año o año y medio que estuve interna, me ayudaron a conseguir un empleo. Estuve laborando en el zócalo, encargada de un mostrador. También retomé la escuela; venían a darme clases para poder presentar los exámenes de las materias de la prepa que estaba cursando. También me inculcaron el ejercicio. Participaba en una clase de yoga, aunque la verdad no es de mi total agrado el ejercitar mi cuerpo.

Para mí el tiempo se pasó siempre muy rápido, porque tenía muchas actividades a realizar durante cada día. Sin embargo, los momentos duros también se presentaban cotidianamente. Lo primero fue la ansiedad de no querer estar aquí. Encerrar a alguien que no quiere y no entiende el por qué debe de estar en esta circunstancia, es muy difícil. En la calle estás acostumbrada a hacer lo que quieres y cuando quieres, así que el cambio es brutal. Cuando entraba en ese tipo de crisis, siempre encontré a alguien que se sentaba a escucharme y a hacerme entrar en razón. Señalarme el no perder de vista el objetivo central que era la total rehabilitación, siempre me ayudó.

Batallaron mucho conmigo en este aspecto, aunque de a poco bajó la ansiedad en mí. El espacio de espiritualidad por las mañanas, las clases de herrería (aunque nunca participé activamente), hacían que mi mente empezara a abrirse… cada actividad programada en este centro tiene un objetivo particular que te ayuda a llegar al objetivo principal, por eso creo que, aunque algunas no eran de mi agrado total, sí me ayudaron a poder salir del centro.

Cuando el momento de salir del centro se empezó a acercar, mi padrino empezó a trabajar conmigo el poder conocer y utilizar las armas que ya había desarrollado dentro del centro, para poder reinsertarme en la misma sociedad que en un momento, no me aceptó.

Esta reinserción es un proceso paulatino que está siendo monitoreado por el centro, porque yo seguí regresando a tomar asesorías con él periódicamente. Estoy afuera pero no me siento sola porque sigo teniendo la consejería, inclusive por teléfono si es que no puedo asistir por alguna situación.

Cuando salí del centro mi padrino me ayudó a recuperar a mi niña para llevármela. Sin embargo, ahora está de nuevo en una casa hogar, debido a un problema que tuve ya fuera del centro. Lo que me piden en el DIF, es tener un domicilio propio, para compartirlo con mi hija, que es mi prioridad. En este momento estoy trabajando en conseguir este objetivo. Sé que lo voy a conseguir porque me siento diferente, cambiada y con otras expectativas. Antes no me importaba pensar en el futuro, lo inmediato era prioridad, en especial los satisfactores personales que me estaban dañando. Ahora tengo un proyecto de vida, ya no uso drogas y ni las necesito, mi objetivo principal es tener una casa para recuperar lo antes posible a mi niña, seguir trabajando, terminar la prepa y estudiar también una carrera corta. Me gustaría ser trabajadora social y por qué no, tal vez trabajar en el centro al que le debo tanto.

Mi niña es el principal motor de mi vida, la veo cada quince días, está muy grande y ya cumplió seis años… siempre me pregunta para cuándo vamos a poder estar juntas; esto es lo más importante ahora… Imagino la vida al lado de mi hija llevándola a la escuela, ayudándola a hacer la tarea, informándola de las cosas que le van a pasar y darle toda la confianza para que me hable con la verdad, prevenirla del camino de las drogas y hacerla sentir bien.

Como dije anteriormente, le debo mucho a esta asociación, ellos me dieron una segunda oportunidad cuando ya no contaba con nadie. Me rescataron del lugar donde estaba, rescataron los sueños que ya tenía antes de llegar a la calle, quiero vivir y recuperar las cosas que no hice, ayudar en algún momento, así como me ayudaron a mí, quiero aprovechar el tiempo para hacer cosas nuevas… Me gustaría poder contar mi historia a muchas niñas, les diría que aprovecharan las oportunidades, que escucharan a las personas mayores porque lo que te dicen es por tu bien, que no se salgan de su casa porque la vida pasa muy rápido y se pierden las oportunidades y que cuesta muchísimo salir de esto.

Después de vivir estas experiencias, las negativas y las positivas, me he preguntado si de haber sido hombre mi vida hubiera sido diferente… Tal vez me hubiera gustado serlo, pero creo que la falta de mis padres cambió por completo mi vida. Creo que de haber sido hombre, las cosas hubieran sido diferentes, porque la sociedad es machista.

Testimonio de XEHN

Soy originaria de la Ciudad de México y he vivido aquí siempre. Soy estudiante de preparatoria y voy más o menos a la mitad. Vivo con mi papá en Azcapotzalco, soy soltera y tengo un dependiente económico que va a cumplir once meses de edad.

Cuando era niña, mi familia era inestable, mi papá no vivió conmigo, no tuve relación con él. Viví muchas carencias, mi madre se vio obligada a trabajar y empecé a crecer en ese ámbito junto con mi hermana gemela. El hecho de que mi padre no viviera conmigo se presentó siempre como un problema, porque yo lo quería. Después de algún tiempo mi padre nos busca, pero ya se había generado en mí un resentimiento en su contra, ya no lo necesitaba. Quiso volver a casa, pero le negamos esa oportunidad… yo tenía alrededor de seis años de edad. Un año después él viene a la casa para hacernos daño, porque entró a robar y aprovechó para robar la casa de mi abuelo también. Por esta razón mi abuelo fallece

Como mi madre trabajaba todo el tiempo mi hermana y yo crecimos relativamente solas, a los nueve años ya me iba de pinta y también empezaba a robar. Mi madre nos educaba a través de los golpes, lo cual me desarrolló un resentimiento hacia ella. Al entrar a la secundaria mi personalidad empezó a detonar porque además de lo que ya traía, sufrí un intento de violación. Por si fuera poco, le contaba a mi madre cuestiones de mi interés y ella se burlaba de mí. Me alejé más de ella y empecé a conocer a un grupo de chavos cerca de la casa que me invitaban a salir, lo cual empecé a hacer sin pedir permiso; me escapaba por las ventanas, le robaba las llaves a mi mamá, pero también metía a mis amigos para alcoholizarnos… De hecho, una vez que estábamos tomando en mi casa a un amigo se le ocurrió aventarse de la azotea y lógicamente resultó lastimado. Al poco tiempo conocí a una persona que marcó mi vida a los trece años. Decido irme a vivir con él y rompo con mi madre porque ya no quería saber nada de ella, desapareciendo alrededor de un mes de la casa. Cuando por casualidad mi madre y yo nos encontrábamos en la calle, corría para que me pudiera alcanzar o seguir. Con Carlos perdí mi virginidad y también sufrí algunas situaciones de violencia a su lado, porque siempre estaba marcada del cuello y me hacía sentir mal. En una ocasión al papá de Carlos se le ocurrió golpearme y ese asunto desencadenó una pelea entre ellos. Al mes regresé a la casa para recoger mis papeles, pero mi madre ya había averiguado de la existencia de este centro con una persona que ya había estado aquí. Me ingresaron un 15 de agosto del 2012 a los trece años de edad. Ahora puedo distinguir que esto me salvó la vida, porque estaba rodeada de malas personas y alcohol. Por suerte no probé las drogas, aquí entendí que las consecuencias de mis actos, yo las tenía que sufrir.

En lo que respecta a mi hermana, cuando me fui de casa perdí el contacto y la comunicación. En este centro me han ayudado a restablecer la relación con ella, pero también con mi papá, por eso ahora vivo con él. Mi hermana sigue al lado de mi madre.

Ha habido personas que me han ayudado en mi vida, que han sido favorables para mí; mi madre y su novio por ejemplo, así como mi padrino y su hermano aquí en el centro. Pero también hubo personas que fueron desfavorables en mi vida, como Carlos el chavo con quien me fugué de casa, él tenía veintidós años en ese entonces. Otros amigos más, todos mayores que yo, con quienes salía a beber y a quienes conocí en el parque cercano a la casa de mi madre, también tuvieron problemas y terminaron en la cárcel, en anexos o muertos. Sin embargo, el recuerdo más triste que he tenido fue la muerte de mi abuelo, el cual hasta la fecha me acompaña.

El inicio de mi estancia aquí en el centro fue muy difícil porque yo no quería quedarme, sentía que me iban a lastimar. Pero empecé a ver y sentir el trato, a conocer a otras compañeras y a las personas que aquí laboran y decidí darme la oportunidad. Tuve aquí varias compañeras que siempre me apoyaron, aunque eran mayores que yo… a todas las recuerdo con cariño.

Recuerdo que cuando llegué aquí, mi estado de salud era deplorable, apenas llegaba a los 50 kilos. Según yo estaba y me sentía bien, pero en la actualidad sé que me hice mucho daño. Mi estancia aquí me enseñó a escuchar. Las compañeras me compartían muchas experiencias por la que habían pasado y así me di cuenta de las similitudes en los casos, sólo que yo no había probado las drogas. Me di cuenta de que muchos problemas que ellas tenían los podía evitar, si ponía atención y cuidado en el trabajo que hacían conmigo en el centro. Ha sido triste encontrar o enterarme de algunas compañeras que salieron del centro antes que yo y que no continuaron con las terapias de acompañamiento y volvieron a recaer y a tener muchos problemas.

Sin embargo, fueron tiempo difíciles, en algunos momentos pensé en aventarme de la azotea para terminar con esto. Pero empecé a recuperarme de a poco y a reencontrar a mi familia… No quería seguir lastimándome ni lastimar a quienes me querían. Fue muy triste saber que mi mamá ya no comía, solo fumaba y bebía por la preocupación que yo le causaba, hasta llegué a pensar que ya no la volvería a ver. Mi hermana también estaba sufriendo y se angustiaba por mi culpa… Es curioso que el no poder continuar con mis estudios, el hecho de poder ir a la escuela, también se convirtiera en un motivo para seguir con mi rehabilitación.

Las actividades dentro del centro tienen todas, un propósito; pero en mi concepto unas de las que más me ayudaron fueron el ejercicio, el yoga y las pláticas o consejería, como le llaman aquí. Mi madrina fue Tania, pero se fue del centro y después me eligió Toño, con quien he tenido un apoyo incondicional. Ya afuera del centro, después de cuatro o cinco años de haber estado aquí, he tenido recaídas emocionales, pero antes de cometer una locura corro a platicar con mi padrino y recibir la ayuda que necesito. El año que permanecí en rehabilitación, me dio la confianza de saber que Toño siempre estará dispuesto para ayudarme.

Como dije anteriormente, siempre estuve dispuesta y gustosa por asistir a la escuela y en el centro me apoyaron para que presentara el examen extraordinario que debía en la secundaria y así poder regresar al sistema escolarizado. Durante esa época, salía a tomar clases en la escuela y luego regresaba al centro para seguir trabajando con mi rehabilitación. Mi madre y mi hermana al ver mi cambio de actitud empezaron a visitarme en el centro. Eso fue muy motivante para mí, porque la relación familiar empezó a mejorar también. Ahora platicamos más, ella me escucha mejor y me apoya si tengo un problema; mi mamá ya no me pasa a un segundo plano. Con mi hermana me ha costado retomar la comunicación, en algún momento nos convertimos en extrañas. Sin embargo, en este instante ya hemos retomado nuestra relación y volvimos a aceptarnos como hermanas que somos. A mi padre lo busqué hace apenas tres años para confrontarlo, quería conocer las causas de su abandono. Cuando lo contacté, nos citamos y me llevó a comer. Ahí platicamos de muchas cosas y pudimos continuar el contacto que se había generado. Ahora que vivo con él, recuerdo que al principio fue raro porque no tenía la costumbre y seguridad para tratarlo, pero actualmente siento que me comprende y apoya.

Para poder salir del centro, cuando ya estás a punto de ser dada de alta, debes de elaborar un proyecto de vida que te oriente y te dé la consecución de objetivos, para seguir adelante en esta nueva oportunidad. Para mí el primer objetivo a cumplir siempre fue terminar la escuela, así que terminé la secundaria y realicé mi examen para ingresar a la educación media superior. Siempre quise entrar a estudiar a la UNAM, pero por situaciones del destino, entré al Colegio de Bachilleres, pero la vida me tenía una sorpresa preparada, la llegada de mi bebé quien me enamora todos los días, pero que provocó una modificación en este plan de vida. Ahora estoy empecinada en terminar una carrera universitaria para poder tener la oportunidad de darle un mejor futuro a mi niño. He estado trabajando para su manutención en CINEMEX, como intendente. También vendo gelatinas y dulces, así como usando mis conocimientos de herrería, los cuales los adquirí también en el centro. Pero sin duda deseo terminar la carrera de Administración de Empresas.

De verdad considero que la vida me concedió una nueva oportunidad al caer en este centro que tanto me ha ayudado. Agradezco que hayan trabajado en mi seguridad personal, porque ahora soy capaz de tomar decisiones por mí misma; no lo hago por quedar bien con nadie; mi autoestima se incrementó y eso me permite no doblegarme tan fácilmente ante la adversidad. Antes me derrumbaba muy fácilmente y dejaba que cualquiera decidiera por mí. Me enseñaron a amarme, a valorarme, a saber y entender que me hace bien y que no… Retomé la actividad física y empecé a entrenar lucha grecorromana, también natación, basquetbol y box. Logré formar parte de la escolta en mi escuela y entré a estudiar inglés. También viajé a Zacatecas y lógicamente me encantaría recorrer el país entero, pero esto se dará a su debido tiempo.

He tenido grandes aprendizajes a partir de estas vivencias, aprendizajes impuestos por las decisiones erróneas que tomé y aprendizajes que aprendí en el año que estuve interna en la asociación. Considero que no debo volver a cometer los mismos errores, es muy feo ver como se pierde tu juventud por querer jugar a ser grande, en vez de disfrutar tu edad… Quisiera poder volver a esa etapa y gozar en lugar de lamentarme por mis acciones. Y esto es algo que no debo olvidar al educar a mi niño; mantener siempre la comunicación, mostrarle los peligros de la vida y ayudarlo a disfrutar de las cosas, sabiendo que cada decisión y acción, genera una consecuencia que afrontar.

A veces pienso que de haber sido hombre las cosas pudieron presentarse de diferente manera, pero la verdad es que eso no importa, las circunstancias no perdonan y debes pagar. Creo que para prevenir que los niños y niñas que tengan problemas en casa, es vital la comunicación y la confianza para orientarlos. Creo también que los padres no deben escatimar en la educación y en el aprendizaje de actividades deportivas y artísticas que te ayudan a relajarte y a no tener tanto tiempo de ocio.

Testimonio de RQG

Me llamo Rocío Quintero González, tengo 21 años de edad, soy originaria del Estado de México del municipio de Villa Victoria, soy ama de casa y estudié hasta la secundaria. Vivo en unión libre desde hace tres años; tengo dos hijos, un niño de tres años y una niña recién nacida, ambos dependen económicamente de mí.

Mi mamá fue madre soltera, no tuve ningún hermano, siempre estuve sola, nunca tuve con quien jugar no tuve a quien decirle cómo me sentía. Fue un poco triste dentro de lo que cabe pues mi mamá hacía todo lo posible por tenerme bien. Pero yo me sentía mal emocionalmente porque veía a mis compañeros de la escuela que tenían a sus papás, que tenía hermanos, y yo no, entonces me sentía triste. Tuve un primo hasta los 7 años, que conviví con él y ya después se lo llevaron. Y ya de ahí estuve yo sola y ya no veía a mis primos solo en vacaciones y eso era de vez en cuando. Mi madre trabajaba siempre en casas y me llevaba con ella. A pesar de que teníamos nuestra propia casa en el lugar donde nací, al año me trajeron a la ciudad. Por que cómo mi papá dejó a mi mamá, mi mamá no tenía para darme de comer, para vacunas ni nada entonces una de mis tías me trajo a la Ciudad de México. Mi mamá aprovecho entonces para conseguir trabajo y ya nos quedamos a vivir aquí.

Los recuerdos más alegres que tengo de mi infancia fueron en mis cumpleaños nada más, porque era el momento en el que me hacían una comida y el pastel y estaban mis amigos. Las amigas de mi mamá que tenían a sus hijas de mi edad iban y convivían. El principal recuerdo triste que tengo de mi infancia es que se hayan llevado a mi primo que era como mi hermano, como siempre conviví con él y de un día para otro se lo llevaron.

Ya en la Ciudad de México empecé a ir a la escuela, se encontraba a unos quince minutos de casa en Lago Ahuatitlan #71. La primaria se llamaba Luis Castillo Ledan. Me gustaba asistir a ella porque había niños de mi edad y podía jugar con ellos. No fui de buenas calificaciones, si reprobé, pero era tranquila, no era traviesa en la escuela, aunque no hacía nada de tareas, por lo mismo que siempre estuve sola y mi mamá no estaba para decirme: haz la tarea y todo eso. Mi madre me llevaba a la escuela e iba por mí y me daba de comer, pero no se interesaba en que yo cumpliera con la tarea escolar. La secundaria yo la acabé abierta en escuela para trabajadores, ya con mi bebé, se me hizo difícil estar estudiando y atender al bebé, pues hay que darle de comer, cambiarlo, estar al pendiente de él. En la escuela también necesitas poner atención, hacer los trabajos, entonces solo pude llegar hasta ahí; aunque sí me gustaría terminar la prepa y estudiar para educadora, nada más que los niños crezcan un poquito y que vayan a la primaria.

En mi adolescencia, en la secundaria, me volví un poco rebelde porque otra vez mi tía volvía de regreso con mi primo y ella es muy controladora; quería tomar las decisiones por nosotras y mi mamá es una persona que es humilde, además de sufrir un pequeño retraso, se podría decir que ella casi no habla y mi tía quería tener la responsabilidad sobre mí, pero yo no quería. Entonces me volví rebelde; yo quería salir con mis primos porque se vinieron todos y como prácticamente son todos hombres y yo era la única mujer, yo quería ir atrás de ellos a ver qué era lo que hacían y mi tía era la que decía que no. Tú debes de estar en la casa tejiendo o haciendo algo, me decía que era una machorra por el simple hecho de querer estar ahí con ellos sin hacer nada malo. Al cumplir los 15 años me salí de mi casa, porque no me dejaban hacer lo que yo quería, no me dejaban salir. Me sentía encerrada, y pues yo nada más quería salir con mis primos y no iba a salir con otras personas que no fueran ellos tres. Entonces yo en mi rebeldía me escapé con un chavo y pues mi familia obviamente se preocupó y me empezó a buscar. Obviamente este chavo ya era mayor de edad, me escapé una semana y me encontraron. Fui a declarar: el por qué me había escapado y yo no entendía, me había encariñado con este chavo, entonces me volví a ir con él. Era un drogadicto y yo no sabía. Lo veía drogarse y me llamó la atención y sin que él se diera cuenta probé y me gustó y fue como empecé a consumir. Con él vivía cerca de Tacuba en un conjunto de departamentos. Él vivía con sus padres y yo vivía escondida dentro de su cuarto, sin poder salir. Sus padres supieron que me iba a quedar una noche solamente, pero me quedé una semana y luego un mes. Después tuvieron problemas y los desalojaron de ahí. Sus padres se separaron de él y yo seguía aferrada a estar juntos; mi familia no lo quería. Me iba y regresaba hasta que me internaron y ya fue como empecé el tratamiento. A mí si me sirvió, porque aparte de mejorar mi vida, de dejar las drogas, te cambia tu mente. Aprendes muchas cosas, aprendes a hablar, trabajas espiritualmente. Estuve seis meses internada, y después me volvieron a apuntar en la escuela para terminar la secundaria, me había quedado en el tercer grado, pero me despertó la cosquillita buscar otra vez a este chavo, y le llamé por teléfono y le dije:

Estoy en una fundación, mañana hay que vernos, voy a la escuela y vamos a vernos en el metro Normal. Y pues se me hizo fácil irme de pinta con él, y el ya no me dejó regresar para acá. En ese momento él tenía veintiuno y yo quince años. Fui con él hasta su casa, en Ecatepec, nos quedamos dormidos y ya eran las 4 de la tarde, cuando yo de la escuela salía a las 2, entonces yo estaba que me moría del miedo de no haber llegado a la fundación y él me dijo: Pues ya quédate, no importa, ya estás conmigo. Y yo dije, bueno pues si está bien… Otra vez mi familia me volvió a buscar, después de dos meses me encontraron y otra vez me volvieron internar, pero esta vez me quedé siete meses y yo igual no entendía, pero ya estaba embarazada de él. Ya en la fundación de vuelta retomé la escuela; estuve tentada de drogarme de nuevo y lo hice en una ocasión, nada más. Y como a él también lo habían internado los dos estábamos limpios se podría decir y decidimos continuar con el embarazo. Sin embargo, volvió a caer en tentación y de nuevo volvió a consumir. Su vicio ya era muy grande; consumía activo… Yo seguía estando con él porque no lo veía mal, pero conforme fue pasando el tiempo, tardé más para regresar con mi familia.

Él ya escuchaba voces, se ponía agresivo, llegó a pegarme, llegó a hacerme muchas cosas y pensé que me iba a matar de lo drogado que estaba, y pues si tuve mucho miedo, por eso quería irme a casa, pero el miedo no me dejaba, él me decía que me iba a matar. Y el miedo te paraliza. Yo ya tenía tres meses de embarazo, nos corren de donde estábamos y nos fuimos hasta Ixtapaluca con una de sus sobrinas y ahí su tía le prohibió drogarse. Pero era más su adicción y no hizo caso; nos fuimos a dormir, pero él traía su botellita con activo y empezó a drogarse y a drogarse, y yo no dormía del miedo porque se ponía muy loco, pegaba a la pared, gritaba…era un hombre loco. Y yo no dormía porque me pegaba, porque en sus delirios decía que yo estaba con otra persona ahí mismo, cuando yo le decía: es que no hay nadie, yo estoy sola aquí contigo. Tenía miedo de que me pegara porque estaba embarazada. Ese día si yo si sentía que me iba a matar, me sujetó y me amarró, me tapó la boca y no me soltaba…

Yo llorando y en mi mente pensaba que sí iba a suceder; ese día tuve mucho miedo. Amaneció, gracias a Dios no pasó nada, solamente fue el susto de tenerme así amarrada y yo del miedo no decía nada, me quedaba callada, era una persona callada, no reía, no hablaba. Empezamos a rentar ahí mismo, solamente duramos un mes, porque la señora se percató de que se drogaba y pues obviamente los vecinos se molestaban y nos corrieron de ahí. No trabajaba, me dejaba encerrada en el cuarto para que no me escapara y él no sé qué iba a hacer, no sé si se iba a prostituir o a vender droga, pero conseguía dinero, traía mucho dinero. Yo decía ¿de dónde lo saca? Él me contaba que se iba con las personas que se venden en la calle y supongo que eso es lo que hacía.

Nos volvieron a correr de ese otro lugar por lo mismo de su adicción. Ahí yo ya tenía cuatro meses de embarazo y ya no tuvimos otra opción más que la calle.

Porque a él ya su familia ya no lo quería, porque les robaba, les pedía dinero, seguía drogándose, maltrataba sus casas, sus cosas. Su familia se había cansado, excepto su papá que siempre estuvo ahí, siempre le dio todo. Yo pensé que estaba mal, porque le mantenía su vicio. Nos iba a ver a la calle, ya el señor es una persona de la tercera edad; él decía que quería mucho a su papá, pero no lo demostraba, si fuera así, se hubiera dejado de drogar. Pero como ya era mucha su adicción, no lo podía dejar.

Estuvimos en la calle, pasamos muchas cosas. Él fue a la cárcel por la forma de ganar dinero. Alguien nos pidió desalojar unos locales, sacar las cosas que ahí habría y nos iban a dar a cada quien doscientos pesos. Fuimos, iba mucha gente de lugares pesados. A los hombres les dieron mazos y a las mujeres cadenas… Cuando llegamos eran unos edificios que querían desalojar desde hacía mucho tiempo, cerca del reloj chino, en Bucareli. Salió en las noticias fue todo un desastre esa noche, nos dijeron que la policía estaba con nosotros, que no iba a haber problema y pues toda la gente confiada asistió para ganarse su dinero. Pero sorpresa fue que eran edificios que tenían familias, hijos viviendo ahí y aventaban todo por la ventana, fue algo impactante; llegaron las perreras, patrullas, ambulancias, y los chavos querían escapar y agarraron a setenta y tantas personas a las que metieron a la cárcel por el desalojo, sin papel, sin nada… de las mujeres no agarraron a ninguna. Gracias a Dios yo escapé, pero ahí fue donde lo agarraron y lo metieron a la cárcel. Tenían que pagar una fianza de treinta mil pesos para poder salir, y estando yo embarazada me quedé sola en la calle, afuera del MP. Tenía cuatro meses de embarazo, sola, sin dinero y no tenía que comer. Traté de localizar a su papá y lo sacó después de una semana. Yo le dije al señor que no me quería quedar en la calle, le pedí que me trajera otra vez aquí al centro, me trajo, y me quedé unos días esperando que él saliera.

Cuando sale, viene a buscarme y según él se iba a quedar aquí también a rehabilitación, pero solo fue un engaño, pidió permiso para que yo pudiera salir y me llevó otra vez a la calle. Pasó otro mes... Me ponía a pedir dinero en el metro, pero siempre estaba observando para que no me escapara y si no me daban, me mordía los dedos. Tengo cicatrices de sus mordidas, quedé marcada emocional, psicológica y físicamente y no lo he podido superar. Diariamente juntaba entre trescientos cincuenta y cuatrocientos pesos en unas tres horas de trabajo. En ocasiones se usaba parte de ese dinero para quedarnos a dormir en algún hotel, pero como seguía drogándose nos corrían. Él oponía resistencia, se peleaba con la gente del hotel y luego me golpeaba y me lastimaba… yo era una jovencita embarazada, golpeada y con mucho miedo. De las veces que nos quedábamos en los hoteles, hubo una vez donde los bomberos tuvieron que ir porque se quería aventar de la ventana, fue de miedo y no me dejaba hablarle a nadie y menos a los hombres, porque pensaba que me les ofrecía, pensaba que yo era una cualquiera. Ese día nos sacaron del hotel y nos vetaron de varios hoteles, por lo mismo de su comportamiento que pegaba a las paredes y gritaba, obviamente a los demás les molestaba y también a los del hotel, pues es de su propiedad y la tienen que cuidar.

Nos quedábamos en la calle, nos robábamos las sábanas de los hoteles para taparnos y no tener frío. Era no dormir bien, porque podía pasar algo en la noche, entonces dormía más en el día. No comía bien, no sabía cómo estaba el bebé y ya tenía cuatro meses y medio, no sabía si venía bien o venía mal y yo estaba preocupada y le decía que quería ir al doctor para verme, para ver al bebé, no sabía si era niño o niña, y así seguí en la calle hasta después de un mes y seguíamos igual, me ponía a pedir dinero.

Ya casi a los cinco meses y medio, ya estaba decidida a irme con mi familia porque yo ya no podía más, ya iba a cumplir seis meses de embarazo y me preguntaba: ¿qué va a ser de mi bebé? Y él decía si es niña, el primer hombre en su vida voy a ser yo y me daba miedo pensar si era capaz de hacerlo, porque es una persona muy sexosa, que solo pensaba en eso. Se le ocurrió la idea de prostituir a niñas, me decía que yo les dijera que iban a ganar buen dinero, como en las telenovelas, que él iba a ser el padrote… Se imaginaba muchas cosas. Gracias a Dios nunca me vendió y creo que fue porque era muy celoso. Pasó el tiempo y yo estaba decidida a irme con mi familia. Curiosamente mi familia me encuentra ese día, ellos venían del parque y nosotros nos íbamos al metro a pedir dinero, bueno yo iba a pedir. De higiene no me podía quejar porque me bañaba dentro de los hoteles, se puede decir que estaba limpia, pero obviamente tenía piojos. Me preguntan si quiero ver a mi mamá y solo volteo a verlo para ver qué me decía. Fuimos a la casa a ver a mi mamá y nos quedamos. Al término de la visita me quería ir para sacarlo de la casa y regresar a escondidas, escapando de su lado. Pero sorpresa, él no se quería ir de ahí, porque teníamos comida, teníamos hogar, techo, teníamos todo y en esos días que estuvimos ahí, no se drogó.

Yo ya estaba muy cansada de que me mordiera mis dedos, cansada de que me pegara, cansada de no dormir, cansada de todo. Pero él no se quería ir de ahí, pasó una semana y a pesar del miedo, subí con mi otra tía para decirle: ya no quiero estar con él porque me maltrata mucho. Y le pedí que le avisaran que yo me había escapado. Pero como mis tías no son buenas para mentir no les creyó mucho y se salió a buscarme.

Mi familia me notaba muy triste, muy callada. Pasó el sábado y el domingo regresa a buscarme y yo con el miedo sabiendo que, si me regresaba con él, me iba a dar una santa madriza que ahora si ya no la podría contar. En ese momento ya tenía 6 meses de embarazo. Esa parte sí fue muy dura porque yo tenía miedo de él, fuimos a la delegación a declarar que yo ya no quería estar con esa persona, obviamente no dije todo porque me pusieron al lado de él para declarar. Cómo estando con él, yo estaba como si me hubieran comido la lengua, no podía decir nada del miedo que sentía. Los policías, los abogados son muy duros, y me dicen ¿qué quieres hacer, si no hablas? Yo lloraba del miedo y sabía que si decía algo me iba a pegar. Entonces les pedí una carta de restricción para que no se acercara a mí ni a mi familia y cualquier cosa que sucediera la responsabilidad recaería sobre él.

Escribió una carta donde decía que no se iba a acercar ni a mí ni a mi familia, pero que aceptaba que tenía una hija de seis meses de gestación y hasta ahí se quedó. Del miedo yo quería que se muriera, la muerte no se le desea a nadie, pero pensaba que si continuaba vivo yo seguía en peligro, porque es una persona que está muy mal de su cabeza, ya tiene una mirada así toda ida, sus manos como boludas de que le pegaba a la pared.

Pasó y me empecé a sentir un poco mejor, mi familia se dio cuenta de que cambié mi semblante, un poco alegre. Me llevaron al doctor, me hicieron estudios y gracias a Dios venía bien mi bebé, dijeron que era una niña y yo me emocioné. Ella fue como un ángel que me salvó la vida y yo se la salvé también, porque me cuidaba a pesar de los problemas que había vivido. Mi embarazo fue muy frustrante, muy triste, no lo pude disfrutar al 100 por todo lo malo que pasé. Me volví a inscribir en la escuela, y cuando nació mi niña, me la llevaba porque le daba pecho, yo muy responsable.

De repente volvió a aparecer en nuestra vida y por el miedo, accedí a estar con él, a salir obviamente con la niña. Él quería que nos quedarnos otra vez en los hoteles y no le podía decir que no del miedo, tenía que decirle que lo extrañaba. Todo lo que hablaba era mentira, porque realmente no lo extrañaba. Ese día me llevó un paquete de pañales y me dijo: quédate 5 minutos a platicar conmigo y le dije que no podía porque ya estaba haciendo mucho aire y frío y le podía hacer daño al bebé, porque apenas tendría como tres meses y eso le molestó. Ese día me dejo ir a mi casa, él seguía igual en la calle.

Agradezco a Dios porque no me contagió alguna infección. A pesar del miedo traté de seguir con mi vida; quería tener otra pareja y de hecho anduve con alguien, pero recibí una amenaza de su parte en donde me decía que nos iba a matar. Por esta circunstancia terminé esa relación, porque si lo consideré capaz de hacer alguna locura. Hasta el momento yo sigo viviendo con miedo de encontrármelo en la calle, que me diga algo, me pongo a pensar muchas cosas, que luego prefiero estar sola.

Hoy en día encontré a una persona que no se droga, es una persona trabajadora, viene de familia, pues es educado y le dio sus apellidos a mi hija, tengo otro bebé. Hasta ahorita estoy un poco estable, a pesar de que vivo con miedo de encontrármelo en la calle. El ronda mucho por el metro Tacuba, y tengo miedo de ir ahí, miedo de podérmelo encontrar. Una vez me lo encontré, pero y él estaba como drogado y yo le dije a mi pareja actual que nos fuéramos rápido de ahí. Y cada vez que lo veo, me pongo muy temblorosa, sudorosa, me pongo muy mal. Porque realmente es una persona muy agresiva, da miedo.

En el centro de Jóvenes Tlatilco estuve seis y luego siete meses, se puede decir que viví aquí más de un año, pero en diferentes tiempos. Ya en esta segunda vez, sé que me ayudó muchísimo.

Ya tengo una manera diferente al pensar en mi familia, en que me sacaron adelante porque dejé la droga, me dieron a entender que eso me acaba la vida y pues si tienen razón, eso no me lleva a nada bueno, me lleva a la muerte lenta. Entonces yo decidí cambiar y hasta el momento ya no me drogo. Ya tengo dos hijos, una pareja, ya pienso en ellos y la verdad yo no quisiera que ellos pasaran por lo que yo viví. Cuando regresé al centro por segunda vez, entendí que era un refugio bueno, alrededor tienes personas que te dan la palabra de Dios, me explican el por qué no debo usar drogas. Quiero seguir teniendo contacto con el centro, porque sé que tengo un problema psicológico, ahora yo soy agresiva, soy fría, no tengo tantos sentimientos que antes sí tenía. Obviamente el recuerdo no se va a ir, se va a quedar ahí, pero cuando menos que ya no sea tan doloroso ni paralizante.

Recuerdo que cuando estuve aquí teníamos juntas. Te subían a la tribuna y esa persona contaba su vida para que todas reflexionáramos. Yo también subí y hablé de mi vida para que las demás personas entendieran. Llegaban niñas muy chiquitas que se drogaban y habían pasado peores cosas que yo. Y entonces pensaba que lo mío no es nada, porque ellas habían sufrido más que yo. Pero yo también sufrí poco o mucho en todos los aspectos. Me sirvieron las pláticas, hacíamos yoga, hacíamos ejercicio, convivíamos todas las chicas, platicábamos de nuestras vidas… Nos levantábamos temprano y nos poníamos a hacer nuestras camas y tareas de limpieza de los espacios que habitábamos y compartíamos.

Toño no fue mi padrino, de hecho, no conoce mi historia de vida completa. De hecho, Toño creía que yo estaba bien con mi expareja, porque si recuerdan, él también estuvo aquí internado, pero es un hecho que ya no tiene remedio. Es un peligro para la gente con quien se encuentre en las calles, porque ya no vive en la realidad. Cualquier movimiento o gesticulación que alguien haga, él lo puede interpretar como una amenaza personal y actuar en consecuencia…

Ahora y solo después de haber vivido situaciones muy desagradables provocadas por una misma y gracias al apoyo recibido en el centro, entiende una que las cosas te las dicen por algo, no nada más porque sí. He aprendido que no es fácil la vida, si maduré muy rápido por todo lo que me pasó y aparte porque fui mamá muy joven y eso me hizo cambiar mi vida totalmente hasta la fecha. Me han dicho que soy una gran mamá, pude salir sola adelante, tuve el valor de dejar la droga. Y le doy gracias a mi tía en ese aspecto, que me trajo aquí, al padrino igual que de las pláticas que me ha dado, igual es parte de su vida he aprendido y hasta ahorita, tengo esa parte de que me ha dicho las cosas de que me cuide, que ya no lo haga, y pues lo he escuchado.

También gracias a todo esto, la relación actual con mi madre es muy buena, yo no dejo que mi tía se meta en nuestra vida.

La abrazo mas, le digo más te quiero, más te amo, aunque no sé por qué me enojo mucho, creo que me hice neurótica.

También con mi tía tengo ahora una buena relación. He aprendido a expresarme un poco más porque igual no expresaba lo que sentía, me quedaba callada, me quedaba con lo que tenía, y aquí me enseñaron a expresar que tienes que hablar de tus sentimientos, de cómo te sientes, de que, si algo no te gusta, decirlo. En ese aspecto como que me abrí más, ya hablo más, antes no hablaba y ahora si ya expresó lo que siento, digo lo que me pasó, ya tengo el valor de hablar con las personas, porque antes no lo hacía.

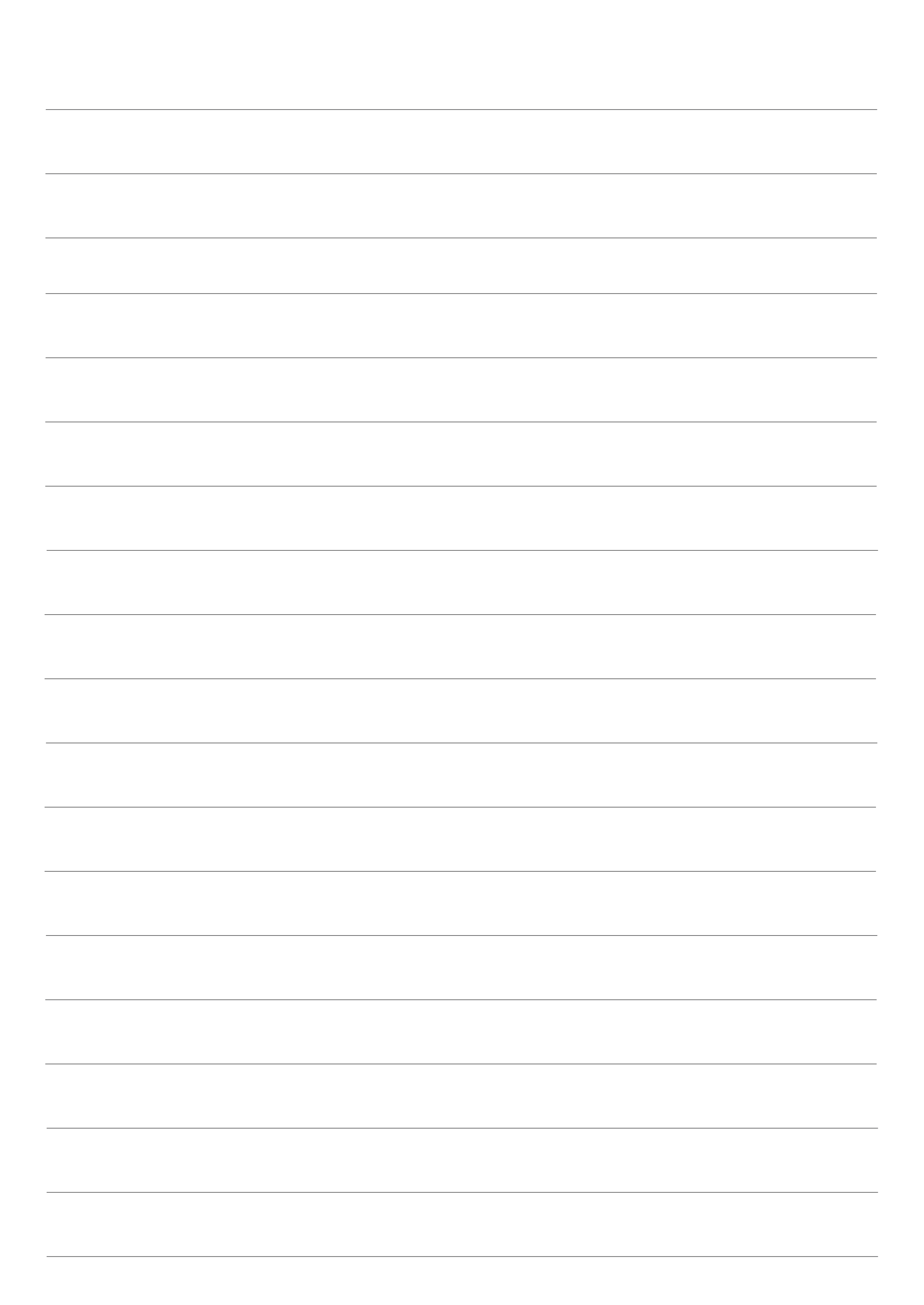
Ahora creo que, si me hubieran dejado salir con mis primos, no me hubieran pasado todas esas cosas que viví y tal vez, si hubiera sido hombre como ellos, menos riesgos hubiera yo enfrentado.

Creo que es en extremo importante platicarles mi experiencia al mayor número de niñas que pueda, decirles lo que pasé, lo que se pueden evitar o aún incluso algo más grande que las prostituyan o que las maten. Yo les podría evitar el que cometieran estos errores, porque no es una experiencia agradable. Les diría pues que no lo hagan, o por entrar en el círculo de la amistad, de que si no lo haces ya no te vamos a hablar. Ellas tienen la decisión de decir que no, para alejarse de esas amistades que no son buenas.

Ahora imagina que sería capaz de hacer por mi niña… debo platicar mucho con ella, decirle que cualquier cosa que no quiera hacer, que diga que no. Que no entre en el circulito de la amistad de que si no lo haces ya te vamos a dejar de hablar. Le diría, no te hace falta una amistad como esas, yo puedo ser tu amiga, tu mamá, tu hermana; tú me puedes confiar todo lo que quieras, obviamente no platicarle mi historia, pues no me gustaría que supiera que me pasó en mi vida, pero sí explicarle como si fuera otra persona. Decirle, a esta amiga le pasó esto y no quiero que te suceda, yo quiero que me tenga toda la confianza del mundo para que ella me diga lo que le pasa en la escuela, lo que hizo con sus amigas…todo, para que yo pueda decirle que sí y que no. También tenerle la confianza de que si me dice me dejas ir a una fiesta, apoyarla, pero obviamente yo voy a estar con el pendiente de dónde está y qué va a hacer… Por eso quiero que ella me tenga mucha confianza para que me diga sabes que mamá voy a estar aquí, no te preocupes, cualquier cosa te llamo y estar un poco más tranquila. Pero si la confianza es algo que sí importa mucho, porque si no me tiene confianza, no me va a decir qué va a hacer, qué está haciendo, con qué amistades se está juntando y yo no quiero que llegue al grado de que se drogue porque no me gustaría realmente que pasara lo que yo viví o que le pase algo peor, no me gustaría.

NOTAS







Noviembre, 2018